



Resolución Ministerial

Lima, 03 de MARZO del 2017

Visto, los Proveídos N° 294-2017-OGPPM-OPEE/MINSA y N° 295-2019-OGPPM-OPEE/MINSA de fecha 3 de marzo 2017 que contiene el Informe N° 051-2017-OGPPM-OPEE/MINSA y el Informe N° 052-2017-OGPPM-OPEE/MINSA respectivamente emitidos por la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

CONSIDERANDO:

Que, el literal a) del numeral 23.1 del artículo 23 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, establece que son funciones generales de los Ministerios, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, asimismo, el numeral 1 del artículo 25 de la citada Ley, establece que corresponde a los Ministros de Estado, entre otras funciones, dirigir el proceso de planeamiento estratégico sectorial, en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y determinar los objetivos sectoriales funcionales nacionales aplicables a todos los niveles de gobierno; aprobar los planes de actuación; y asignar los recursos necesarios para su ejecución, dentro de los límites de las asignaciones presupuestarias correspondientes;

Que, el numeral 71.1 del artículo 71 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, aprobado por el Decreto Supremo N° 304-2012-EF, establece que las Entidades, para la elaboración de sus Planes Operativos Institucionales y Presupuestos Institucionales, deben tomar en cuenta su Plan Estratégico Institucional (PEI) el cual debe ser concordante con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN), los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM), los Planes de Desarrollo Regional Concertados (PDRC), y los Planes de Desarrollo Local Concertados (PDLC), según sea el caso;

Que, mediante Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 26-2014-CEPLAN/PCD, se aprueba la Directiva N° 001-2014-CEPLAN, "Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico – Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico", modificada por Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 042-2016-CEPLAN/PCD; en la que se establecen los principios, normas, procedimientos e instrumentos del Proceso de Planeamiento Estratégico, en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico – SINAPLAN, de aplicación para todas las entidades de la administración pública;



Que, el artículo 17 de la Directiva N° 001-2014-CEPLAN modificada por Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 042-2016-CEPLAN/PCD, establece que el Plan Estratégico Institucional – PEI, es el documento elaborado por las entidades de la Administración Pública que constituyen un Pliego presupuestario. Se redacta en la Fase Institucional y utiliza la información generada en la Fase Estratégica del sector al que pertenece. Este documento desarrolla las acciones estratégicas de la entidad para el logro de los objetivos establecidos en el PESEM. El PEI contiene la síntesis de la Fase Estratégica, la Misión, los objetivos estratégicos institucionales, indicadores, metas, las acciones estratégicas institucionales y la ruta estratégica. El PEI se formula anualmente para un periodo de tres años. Es aprobado por el titular de la entidad;

Que, el artículo 18 de la citada Directiva establece que el Plan Operativo Institucional es el documento elaborado por las entidades de la Administración Pública que constituyen Pliegos presupuestarios. Este documento desagrega las acciones estratégicas identificadas en el PEI en actividades. Esta información contribuirá a la gestión de la entidad para el logro de sus objetivos estratégicos. El POI debe ser utilizado para orientar la asignación presupuestal que efectúa el titular del pliego correspondiente. El POI se elabora para un periodo de un año. Es aprobado por el titular de la entidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 367-2016-MINSA de fecha 2 de junio del 2016, se aprobó el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2017-2021 del Sector Salud, elaborado de acuerdo a la Directiva N° 001-2014-CEPLAN, "Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico – Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 950-2016-MINSA de fecha 09 de diciembre de 2016, se crea la Comisión de Planeamiento Estratégico Institucional del Ministerio de Salud; estableciendo a dicho órgano, funciones vinculadas a la formulación y presentación del proyecto del Plan Estratégico Institucional PEI MINSA 2017 – 2019 y del Plan Operativo Institucional POI 2017, al Órgano Resolutivo, para la aprobación correspondiente;

Que, según Acta N°003-2017-CPEI-MINSA del 8 de febrero 2017, la Comisión de Planeamiento Estratégico Institucional del Ministerio de Salud validó el proceso y aprobó el Proyecto de Plan Estratégico Institucional MINSA 2017 – 2019;

Que, con los Proveídos de Visto, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización remite el proyecto de Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2019 y el Plan Operativo Institucional (POI) 2017 del Ministerio de Salud, para la aprobación mediante Resolución Ministerial; y,

Con el visado del Director General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Secretario General, de la Viceministra de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; la Directiva N° 001-2014-CEPLAN, "Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico – Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico", aprobada por Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 026-2014-CEPLAN/PCD y su modificatoria;





Resolución Ministerial

Lima, 03 de MARZO del 2017.

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2019 del Ministerio de Salud, el mismo que como Anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) 2017 del Ministerio de Salud, el mismo que como Anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Ministerio de Salud, realizar el seguimiento y evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2019 y del Plan Operativo Institucional (POI) 2017 del Ministerio de Salud, informando periódicamente al Despacho Ministerial sobre los avances, logros y recomendaciones de mejora.

Artículo 4.- Disponer la publicación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2019 y del Plan Operativo Institucional (POI) 2017 del Ministerio de Salud en el Portal del Estado Peruano (www.peru.gob.pe) y en el Portal Institucional del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe).

Regístrese comuníquese y publíquese.


PATRICIA J. GARCIA FUNEGRA
Ministra de Salud





PERU

Ministerio
de Salud

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD

2017-2019



Ministra de Salud

Patricia Jannet García Funegra

Viceministra de Salud Pública

Silvia Ester Pessah Eljay

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Pablo Lavado Padilla

Secretario General

Rodrigo Villarán Contavalli

Director General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

William Jesús Cuba Arana

Director de Planeamiento y Estudios Económicos

Ceferino Arturo Arévalo Luna



CONTENIDO

SIGLAS Y/O ACRÓNIMOS UTILIZADOS.....	4
PRESENTACIÓN.....	5
I. SINTESIS DE LA FASE ESTRATEGICA.....	6
II. MISIÓN INSTITUCIONAL.....	14
III. OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES	14
IV. ALINEAMIENTO DEL PEI MINSA CON LOS PILARES DE POLÍTICA EN SALUD HACIA EL BICENTENARIO DEL PERÚ.....	15
V. ACCIONES ESTRATEGICAS INSTITUCIONALES.....	16
VI. ACCIONES ESTRATEGICAS TRANSVERSALES.....	44
VII. INDICADORES DE ACCIONES ESTRATÉGICAS.....	45
VIII. IDENTIFICACION DE LA RUTA ESTRATEGICA.....	51
IX. PROYECTOS DE INVERSIÓN.....	53
X. MATRIZ DE ARTICULACIÓN CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	60
GLOSARIO DE TERMINOS:.....	63
ANEXOS.....	69
FICHAS TECNICAS DE INDICADORES DE OBJETIVOS ETRATEGICAS.....	69





SIGLAS Y/O ACRÓNIMOS UTILIZADOS.

ASIS: Análisis de situación de salud
AUS: Aseguramiento universal en Salud
BID: Banco Interamericano de Desarrollo
BM: Banco Mundial
CNARES: Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CNEPCE: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
DGIESP: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
DGPNSP: Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública.
DGPGTS: Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud
DIGESA: Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria
DIRESA: Dirección Regional de Salud
DSLIM: Dirección de Salud de Lima Metropolitana
ENSP: Escuela Nacional de Salud Pública
IAFAS: Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
IAFAS: Instituto de Ayuda Financiera a la Acción Social
IGSS: Instituto de Gestión de Servicios de Salud
INEI: Instituto Nacional de Estadística e informática
INS: Instituto Nacional de Salud
IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de salud
LMAUS: Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
LPIS: Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias
MEF: Ministerio de Economía y Finanzas
ODSIS: Oficinas desconcentradas del SIS
OGAC: Oficina General de Articulación y Coordinación
OGPPM: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
OGRH: Oficina General de Recursos Humanos
OGTI: Oficina General de Tecnologías de la Información
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PEAS: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PEI: Plan Estratégico Institucional
PESEM: Plan Estratégico Sectorial Multianual
PIA: Presupuesto Inicial de Apertura
POA: Plan Operativo Anual
PPR: Presupuesto por Resultados
RIA: Red integrada de salud
RM: Resolución Ministerial
RS: Resolución Suprema
SAMU: Sistema de Atención Médica Móvil de Urgencia
SG: Secretaría General
SIS: Seguro Integral de Salud
SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud
VM PAS: Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud
VM SP: Viceministerio de Salud Pública





PRESENTACIÓN

El Plan Estratégico Institucional - PEI del Ministerio de Salud es el principal instrumento de gestión por el cual se ejerce el rol de la rectoría del Sector Salud; formulando, dirigiendo y gestionando las políticas de salud¹. Establece la Misión como la razón de ser de la entidad, los objetivos y las acciones estratégicas institucionales para el mediano plazo de 3 años, acompañadas de los respectivos indicadores y metas, ruta estratégica y responsables. El PEI MINSA 2017-2019 presenta las acciones que contribuyen a alcanzar los objetivos estratégicos sectoriales, sanitarios, de gestión y los pilares de política gubernamental en Salud.

El PEI MINSA es un documento de gestión estratégica que articula el ejercicio de las funciones y competencias de los Órganos del Ministerio de Salud para la implementación de las políticas nacionales en el sector con la finalidad de mejorar el estado de salud de la población.

La elaboración del presente PEI 2017-2019 ha sido facilitada por el equipo técnico de Planeamiento Estratégico y validado por la Comisión de Planeamiento Estratégico del Ministerio de Salud, constituido por la Resolución Ministerial 950-2016/MINSA, en el marco de lo establecido por la Directiva N°001-2014-CEPLAN/PCD "Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico – Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico" y la Guía Metodológica de la Fase Institucional del Proceso de Planeamiento Estratégico. El proceso de planeamiento ha involucrado a directores y funcionarios de órganos y ejecutoras pertenecientes al pliego 011 del Ministerio de Salud. La participación ha sido proactiva y constante, habiéndose desarrollado reuniones para la presentación de la metodología y los instrumentos de planeamiento, talleres para la formulación de objetivos y acciones estratégicas, indicadores y metas del PEI, para el registro de información en el aplicativo informático y hoja Excel desarrollado por la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos, y atendiéndose consultas y gestionando información a través de correos electrónicos.

Para la elaboración del PEI MINSA 2017 – 2019, se tomó como referencias el PESEM del Sector Salud 2016 – 2021², los lineamientos de política general del actual gobierno y los pilares de política y objetivos estratégicos establecidos por la Alta Dirección del Ministerio de Salud. Así, los objetivos estratégicos y acciones estratégicas institucionales del Ministerio de Salud se encuentran alineados con los referentes principales de política y objetivos que el Gobierno ha establecido hacia el 2021 y con el PESEM del Sector.

Finalmente, acorde con la "Cadena de Planes Estratégicos"³ y el alineamiento de tales planes siguiendo la lógica de la "Cadena de Valor Público"⁴, el PEI MINSA 2017 – 2019, constituye el instrumento que orienta la elaboración del Plan Operativo Institucional de modo tal que las diversas actividades emprendidas por las unidades ejecutoras y los órganos del MINSA anualmente, sean complementarias y sinérgicas hacia el logro de sus objetivos estratégicos institucionales.

¹ Decreto Supremo N° 007-2016-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, Disposiciones Generales.

² Resolución Ministerial N°367-2016/SALUD

³ Directiva N° 001-2014-CEPLAN. Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico. Artículo N° 19.

⁴ Ibid, Artículo N° 21.





I. SINTESIS DE LA FASE ESTRATEGICA

EL PESEM 2016-2021 del Sector Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA, es el producto de la Fase Estratégica que comprende el modelo conceptual, la construcción del escenario apuesta al 2021, la formulación de la visión y los objetivos estratégicos sectoriales, la definición de indicadores y metas al 2021; así como, la identificación de acciones estratégicas y la relación de proyectos de inversión priorizados.

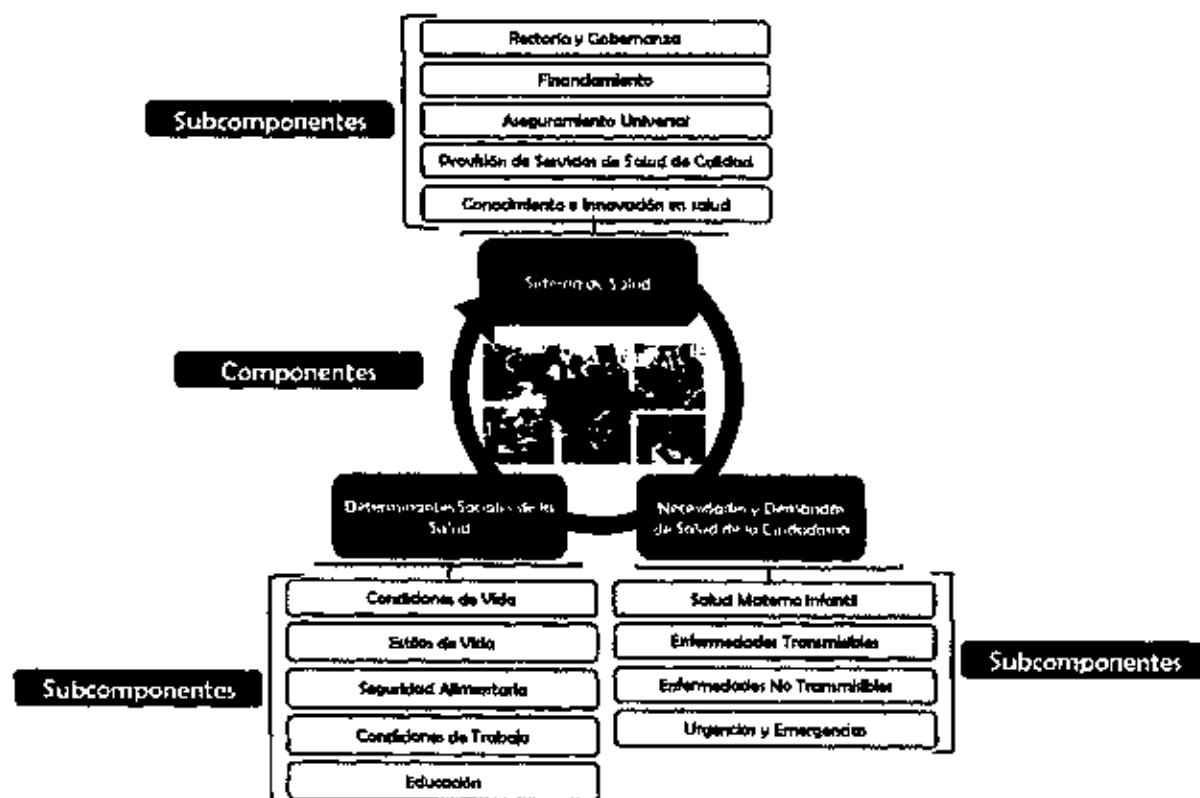
A. Modelo Conceptual

Contiene tres componentes:

- El Sistema de Salud
- Los Determinantes Sociales de la Salud
- Las Necesidades y Demandas de la Ciudadanía.

Estos tres componentes se dividen a la vez en catorce subcomponentes cuya articulación da cuenta de la situación de salud y la participación y relaciones de los actores institucionales del Sector.

Modelo Conceptual del Sector Salud





1. **El Sistema de Salud;** engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. En nuestro País existe el sector público, privado, tradicional e informal. Asimismo, de acuerdo a la OMS, los seis elementos básicos de los sistemas de salud se han definido como: 1) la prestación de servicios, 2) la financiación del sistema de salud, 3) dotación del personal sanitario, 4) el acceso a recursos médicos, vacunas y tecnologías, 5) el sistema de información en salud, 6) el liderazgo y la gobernanza^{5,6}.

1.1 Rectoría y Gobernanza

La rectoría en salud se define como el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los actores sociales y de la ciudadanía.

El Ministerio de Salud como la Autoridad Sanitaria Nacional tiene como objetivo primordial la protección y promoción de la salud de la población, para ello la participación y diálogo, políticas inclusivas y la rendición de cuentas son atributos muy importantes.

1.2 Financiamiento

La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes en el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Mientras el gasto público promedio en salud respecto del PIB de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) llegó en promedio al 8% en el 2011, el gasto público para salud en el Perú en el año 2014 llegó a 5.5%. Asimismo, se ha observado que el gasto per-cápita en el Perú, va en ascenso pero el gasto de bolsillo sigue siendo alto (alrededor del 30%) aunque con tendencia decreciente⁷ como resultado de la ampliación y profundización del Seguro Integral de salud.

1.3 Aseguramiento universal

La Ley Marco de Aseguramiento en Salud (AUS) establece como objetivo "que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)"⁸. Es decir, el Aseguramiento Universal (AUS) es el medio a través del cual se busca alcanzar el acceso universal a los servicios de salud. Al respecto la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en el mes de mayo del 2016 reporta que el 81.61% de la población peruana cuenta con un seguro de salud,

⁵ Organización Mundial de la Salud, Sistema de Salud, http://www.who.int/topics/health_systems/es/

⁶ <http://www.who.int/healthsystems/topics/es/>

⁷ <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.ZS/countries>

⁸ Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud



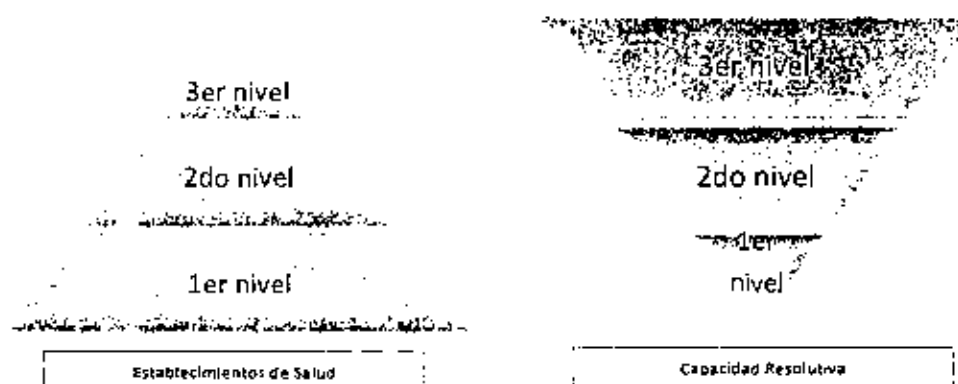


por lo que el 19.38% de la población del país que no cuenta con un seguro de salud representa el reto en la brecha para lograr el aseguramiento universal.

1.4 Provisión de servicios

Para una adecuada atención es necesario que la oferta y la capacidad resolutive de las redes deba atender dos aspectos: a) el aspecto cuantitativo es decir el volumen de la demanda que varía en el tiempo y en el espacio; y, b) el aspecto cualitativo, es decir la estructura de la demanda que varía en función de la etiología (diagnósticos y perfiles epidemiológicos), y en función de la complejidad y severidad de esas necesidades (baja / alta).

Desde este punto de vista, la oferta de servicios de salud en un nivel de atención cualquiera debe satisfacer la demanda cuantitativa y cualitativa de su población. Es decir que, primero deben atenderse todas las solicitudes de atención (cuantitativo), y luego deben satisfacerse las necesidades que las motivaron (cualitativo), si es posible en ese mismo nivel. Toda solicitud de atención que no es atendida o es diferida, constituye la demanda no satisfecha. Esta se debe principalmente a la insuficiente capacidad de oferta de la infraestructura y del recurso humano no calificado.



En este sentido podemos ver que no existe un ordenamiento de la demanda de la atención por la poca oferta de servicios, por lo que tenemos un tercer nivel con atenciones de diagnóstico de primer nivel sobreesaturando los servicios y un primer nivel sin la capacidad de cobertura por su cartera de servicios limitada.

1.5 Conocimiento e innovación en salud

Ante las necesidades que tiene el Perú como país heterogéneo y con dificultad de accesibilidad geográfica, es necesario que se desarrollen estrategias y mecanismos en todos los niveles organizacionales a fin de mejorar el acceso. Para ello se requiere que se comparta el conocimiento sobre las mejores formas de facilitar el acceso y para la provisión de servicios considerando aspectos de interculturalidad, equidad de género y el uso de tecnologías diversas que innoven la organización y gestión de los servicios de salud y la provisión de atenciones y cuidados de salud.

2. **Determinantes Sociales de la Salud (DSS);** se definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Los





determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas⁹.

Del conjunto de los determinantes sociales de la salud, probablemente las de mayor impacto sobre la salud de la población son las condiciones de vida, los estilos de vida, la seguridad alimentaria, las condiciones en el trabajo, y la educación. Los efectos de las malas condiciones de estos aspectos se manifiestan a nivel de la población en indicadores sanitarios negativos o de mala salud; y en lo personal en riesgos a enfermedades, dolencias y franca enfermedad.

El abordaje de los DDS no es sólo desde lo que se realiza en el sector salud; sino es necesario que se involucre a otros sectores que formulan y conducen políticas de desarrollo e inclusión social, es decir, se requiere políticas y acción a nivel intersectorial e intergubernamental, considerando la descentralización, en materia de urbanismo, vivienda, saneamiento, educación entre otros a fin de mejorar las condiciones para una buena salud de manera progresiva y sostenida en el mediano y largo plazo.

Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Determinantes de la Salud

3. **Necesidades y Demandas de Salud de la Ciudadanía.** Un aspecto muy importante para entender el sector salud es mantener el centro de atención en las necesidades y demandas de la sociedad.

Con relación a los problemas de salud en el país, los que se consideran más críticos y prioritarios están referidos a la salud materna e infantil, la salud sexual y reproductiva en especial entre los jóvenes, el control de enfermedades transmisibles, algunas enfermedades no transmisibles como el Cáncer, la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y las relacionadas a la salud mental, la atención de las condiciones de personas con discapacidad, la atención de urgencias y emergencias y la previsión o gestión de riesgos frente a desastres.





Considerando este modelo conceptual del sector salud, se requiere desarrollar e implementar estrategias de mantenimiento de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, atención y cuidados de daños y problemas de salud, y la rehabilitación y recuperación de capacidades de las personas. Desde la acción rectora que le cabe al Ministerio de Salud, se requiere el diseño y conducción de la implementación de políticas multisectoriales e intergubernamentales que contribuyan a mejorar las condiciones de vida y de salud de toda la población residente en el Perú. La salud de las personas es necesaria para el desarrollo social y económico, así como para que la persona disfrute a plenitud de su participación en la sociedad.

B. ESCENARIO APUESTA

Al 2021, la reforma de la salud está totalmente consolidada, con la universalidad del acceso a cuidados, atenciones y servicios de salud pública, así como el aseguramiento de la salud. El régimen subsidiado se consolida, aumentando la cobertura poblacional-prestacional y financiera. Se logra la acreditación de los establecimientos de salud de nivel II y III brindando servicios integrales de calidad y con eficiencia.

Asimismo, se mejora la coordinación y articulación intersectorial e intergubernamental, lo que ha permitido la ejecución óptima del presupuesto en salud de los gobiernos regionales y una activa participación social mediante la creación de espacios de coordinación multisectorial local. Estos espacios han dirigido sus intervenciones significativamente a los determinantes sociales y ambientales de la salud en sus respectivas jurisdicciones. Esto impactó positivamente en el mantenimiento de la salud de las familias y la disminución de sus gastos por atenciones.

Las políticas y acciones públicas formuladas y orientadas por el Ministerio de Salud, facilitan la educación e información para la adopción de conductas saludables, en pro del uso adecuado de los servicios para el mantenimiento de la salud y la prevención de condiciones desfavorables, daños o enfermedades. Se presta especial atención en proveer de un entorno favorable a las familias, escuelas y comunidades para que, en particular, niños y adolescentes desarrollen sus potenciales y eviten riesgos relacionados al consumo de alcohol, tabaco y sustancias adictivas. Asimismo, las políticas y acciones intersectoriales protegen a niños y adolescentes del abuso físico y psicológico, promueven el fortalecimiento de la autoestima y el respeto mutuo, y facilitan el acceso a servicios diversos de acuerdo a cada etapa de vida, con especial énfasis a servicios de salud sexual y reproductiva en la etapa de la pubertad y adolescencia.

Al 2021 se reducen brechas e inequidades en salud, para lo cual el MINSA se abocará en la mejora de las condiciones de vida, aumentando el número de hogares con acceso a agua tratada y saneamiento básico para toda la población (99,9%). Asimismo, se incorporan estilos de vida y hábitos saludables en la población gracias a profundos procesos educativos y campañas integrales, mejorando la seguridad alimentaria, y disminuyendo la desnutrición crónica infantil a menos de 10%. Dadas las mejoras, las estrategias e intervenciones del sector, se reduce la razón de mortalidad materna y la mortalidad neonatal.

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles también logran mejoras importantes, producto de intervenciones de salud articuladas y enmarcadas en el proceso de la reforma de la salud. De esta manera, la tuberculosis deja de ser un problema de salud pública y la magnitud de incremento de la tasa de mortalidad del cáncer disminuye, así como la prevalencia de diabetes mellitus, la cual se mantiene controlada en el promedio de la población general con tendencia a la disminución en los grupos más jóvenes.





Las enfermedades transmitidas por vectores tales como el Dengue, Chikungunya y el Zika están completamente controladas gracias a la creación y acción del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, junto con la intervención del sector para realizar acciones de prevención, control y vigilancia intergubernamentales e intersectoriales focalizadas a nivel sub-nacional, y la expansión de los Programas Presupuestales por Resultados en materia de salud pública. Por otra parte, el MINSA conduce una estrategia intensa y focalizada de prevención, diagnóstico y tratamiento gratuito precoz de casos de infección por VIH que permite disminuir muy significativamente la aparición de casos nuevos, especialmente en la población joven y más vulnerable (LGTBI).

Las condiciones y enfermedades propias de las personas mayores de 65 años son controladas y atendidas con el desarrollo de modelos de cuidados preventivos, paliativos y de atención oportuna, que incorporan a la propia persona, sus familiares y grupos sociales cercanos en las acciones de dichos modelos. La sociedad ha interiorizado el enfoque de envejecimiento saludable y calidad de vida en todas las etapas de vida.

Finalmente, las políticas e intervenciones intersectoriales fomentadas por el MINSA han sido efectivas para reducir considerablemente la tasa de letalidad de pacientes hospitalizados por emergencias de salud y los riesgos a la salud derivados de productos químicos peligrosos o por polución y contaminantes ambientales, brindando servicios para facilitar la identificación de personas en riesgo o afectadas y proveyendo el tratamiento pertinente.

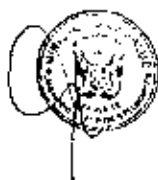
C. VISIÓN

Para la formulación del Plan Estratégico Institucional, la Comisión de Planeamiento Estratégico del MINSA propone la siguiente Visión:

"Sector líder, que establece políticas públicas en salud centrado en las personas, que gozan de una vida más saludable, con acceso universal a los servicios de salud de calidad, integrales, oportunos y eficientes, basado en enfoques de derechos en salud e interculturalidad".

D. OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y ACCIONES ESTRATEGICAS SECTORIALES

Son 3 los objetivos estratégicos y 13 las acciones estratégicas sectoriales definidos en el PESEM del Sector Salud, los mismos que se pueden visualizar en el siguiente cuadro.





OBJETIVO Y ACCIONES ESTRATEGICAS	INDICADOR	Valor Basal		Fuente	Responsable	META				
		LINEA BASE	Año			2017	2018	2019	2020	2021
OE1.- MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACION	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)	192.5 años por mil hab.	2012	CDC	MINSA	191.71 años por mil hab.				172.54 años por mil hab.
AE1.1.-REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL	Razón de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos)	93	2014	ENDES-INEI	OGIT-MINSA	90	85	80	75	menos de 70
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años(x1000 nac. vivos)	20	2014	ENDES-INEI	OGIT-MINSA	18	17	16	15	<14 x 1,000 nv.
AE1.2.-REDUCIR LA DESNUTRICION INFANTIL Y ANEMIA	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)	14.4	2015	ENDES-INEI	OGIT-MINSA	14	13	12	11	<10
	Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia	43.50%	2015	ENDES-INEI	OGIT-MINSA	40%	35%	30%	25%	20%
AE1.3.-DISMINUIR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Tasas de incidencia de tuberculosis por 100 mil habitantes (ESNTB)	87.5	2015	OGIT-MINSA	DGIESP-MINSA	81.5	78.5	75.5	72.5	69.5
	Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por cien mil personas)	5.2	2011	CDC-MINSA	OGIT-MINSA	5				4
AE1.4.-CONTROLAR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus	2.90%	2015	ENDES-INEI	DGIESP-MINSA	2.8		2		< 2
	Tasa de mortalidad por cancer por 100,000	107	2012	INEN	INEN-IGSS					
	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental	15.00%	2014	OGIT-MINSA	DGIESP-MINSA					35%
	Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados	77.90%	2015	ENDES-INEI	DGIESP-MINSA					80%
AE1.5.- REDUCIR LOS RIESGOS, DAÑOS Y/O LESIONES ORIGINADOS POR FACTORES	Tasa de mortalidad por causas externas	69.20%	2015	CDC-MINSA	DIGEPRES					59%





PERU

Ministerio
de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

OBJETIVO Y ACCIONES ESTRATEGICAS	INDICADOR	Valor Basal		Fuente	Responsable	META				
		LÍNEA BASE	Año			2017	2018	2019	2020	2021
OE2.- AMPLIAR LA COBERTURA DE ASEGURAMIENTO PARA LA PROTECCIÓN EN SALUD	Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud	73%	2015	ENAH0-INEI	MINSA	75%	77%	80%	85%	90%
AE 2.1.- INCREMENTAR LA COBERTURA DE ASEGURAMIENTO PÚBLICO DE LA POBLACION	Porcentaje de población afiliada al SIS	43.40%	2015	ENAH0-INEI	SIS-MINSA					
AE 2.2.- EXPANDIR LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud	34.00%	2014	ENAH0-INEI	MINSA					65%
AE 2.3.- MODERNIZAR LA GESTIÓN DE LOS										
AE 2.4.- GENERAR CAPACIDADES PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE TECNOLOGÍA, INVESTIGACIÓN E										
OE3.- EJERCER LA RECTORÍA Y GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD EN BENEFICIO DE LA	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	74%	2014	ENAH0-INEI	MINSA	75%	78%	80%	85%	90%
AE 3.1.- FORTALECER LA AUDITORIA SANITARIA	Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales	1	2016	MINSA	MINSA	3	2	1	1	1
AE 3.2.- FORTALECER LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y RESTITUCIÓN DE DERECHOS	Tiempo de espera en consulta ambulatoria	104 minutos	2015	SUSALUD	MINSA	90	80			45
AE 3.3.- IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS	Informe anual de seguimiento y evaluación de las políticas en Salud Pública	0	2016	MINSA	MINSA	1	1	1	1	1
AE 3.4.- REFORZAR LOS ARREGLOS INTER- INSTITUCIONALES PARA LA GESTIÓN MULTISECTORIAL Y TERRITORIAL EN SALUD	Número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas la políticas")	2	2016	MINSA	MINSA	1	1	1	1	1



II. MISIÓN INSTITUCIONAL

La misión institucional que la Comisión de Planeamiento Estratégico ha definido para el Ministerio de Salud es la siguiente:



“Ejercer la rectoría del sector y conducir con eficiencia el sistema de salud, en concertación con el sector público, privado y actores sociales; centrado en las personas, en la prevención de enfermedades, fortaleciendo el primer nivel de atención, asegurando el acceso y calidad a servicios de salud con infraestructura moderna e interconectada, revalorizando al personal de salud y fortaleciendo una gestión transparente, oportuna y resolutive”

III. OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES

Los Objetivos Estratégicos Institucionales MINSA 2017 – 2019 se establecieron en reuniones y consultas con todos los directores y funcionarios de las unidades orgánicas del Ministerio de Salud, las mismas que contribuirán a lograr los objetivos de políticas de gobierno para el Sector Salud.

El PEI MINSA ha priorizado ocho objetivos en el ejercicio de su rol rector y de conducción estratégica del sistema de salud que buscan garantizar los derechos de salud de la población, satisfaciendo sus necesidades y prestándoles servicios de calidad con eficiencia:

1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública.
2. Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud.
3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.
4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud.
5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud.
6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud.
7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.
8. Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud.



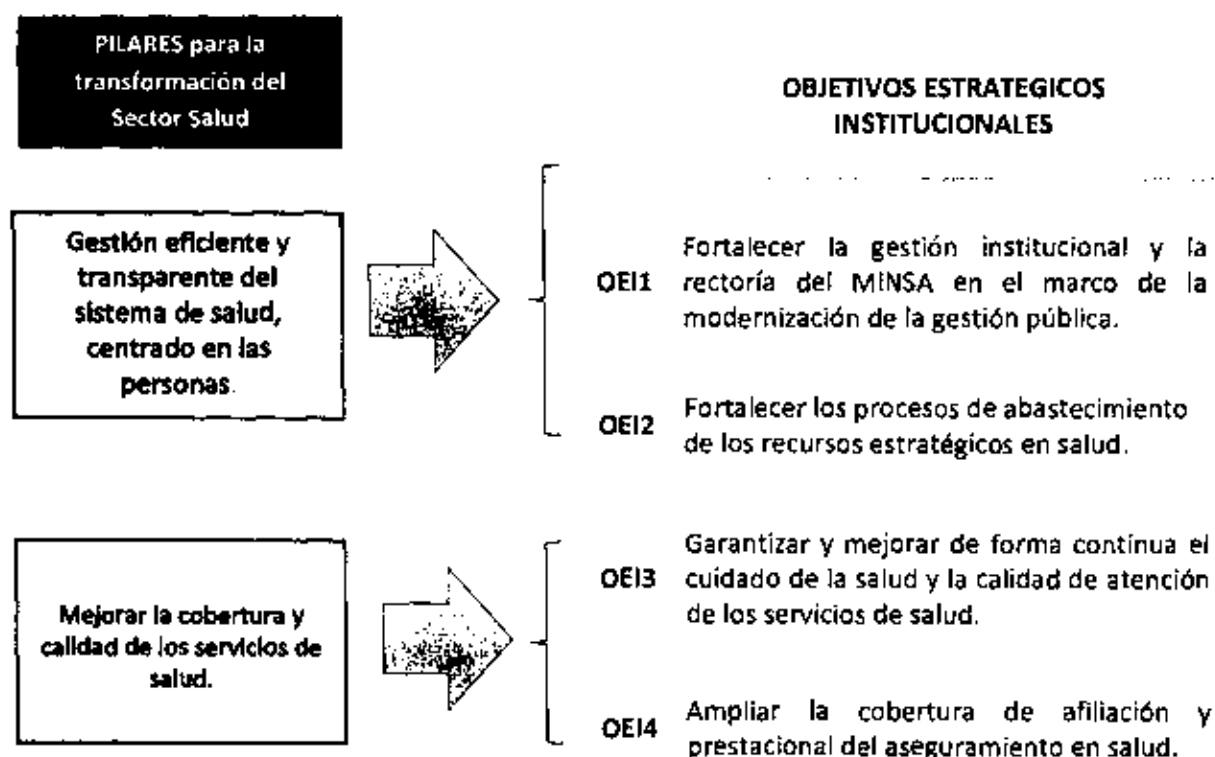


IV. ALINEAMIENTO DEL PEI MINSA CON LOS PILARES DE POLÍTICA EN SALUD HACIA EL BICENTENARIO DEL PERÚ

El PEI MINSA 2017 - 2019 ha sido concordado con: a) El Plan Estratégico Sectorial Multianual PESEM 2016 - 2021, b) Los Objetivos e indicadores de Desarrollo Sostenible en Salud, c) Los indicadores y metas en salud comprometidos para la gestión del Gobierno Nacional al 2021 aprobados en la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales, y d) Los cuatro "Pilares de política para la Transformación del Sector Salud" establecidos por la Alta Dirección del Ministerio de Salud.

Por otra parte, como lo señala la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico y la correspondiente Guía Metodológica¹⁰, "la fase institucional exige al Ministerio de Salud mirar hacia su interior para identificar las mejores estrategias para contribuir al logro de los objetivos estratégicos". Es decir, definir los objetivos y formular las acciones estratégicas, indicadores y metas, en el marco legal y normativo¹¹ que definen su rol, competencias y funciones, cuyo ejercicio efectivo como autoridad sanitaria conduce el sector y contribuye a lograr los objetivos sectoriales y del sistema de salud, implementando las políticas de Estado y de Gobierno en materia de salud.

A continuación se muestra la articulación entre los Pilares para la transformación del Sector Salud con los Objetivos Estratégicos Institucionales:



¹⁰ Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 010-2016-CEPLAN/PCD que aprueba la Guía Metodológica de la Fase Institucional.

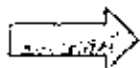
¹¹ Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y Decreto Supremo N° 007-2016-SALUD que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.





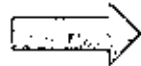
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES

Revalorización del personal de salud y dotación adecuada de recursos humanos en el sistema de salud.



- OEI5 Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud.
- OEI6 Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud.

Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, modernos e interconectados.



- OEI7 Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.
- OEI8 Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud.

Con este alineamiento y en el marco de las funciones contempladas en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, se garantiza el desarrollo de las acciones que afianzará la conducción sectorial, regulación, fiscalización, organización de la provisión de los servicios, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento de salud, medición del cumplimiento de las funciones rectoras exclusivas y el desarrollo de políticas para mejorar las condiciones de salud de la población.

V. ACCIONES ESTRATEGICAS INSTITUCIONALES

Para lograr los objetivos del PEI se han determinado y priorizado acciones estratégicas que han de orientar las actividades y tareas de los Órganos del Ministerio de Salud. Cada acción estratégica requiere de la participación coordinada y sinérgica de las direcciones y oficinas del MINSA a fin de lograr el cumplimiento de los objetivos institucionales de manera efectiva y eficiente.

A continuación, se presentan las acciones estratégicas por cada objetivo estratégico institucional del PEI MINSA 2017 – 2019.





PILAR: GESTION EFICIENTE DEL SISTEMA DE SALUD

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI MINSA 2017-2019	ACCIONES ESTRATEGICAS PEI MINSA 2017-2019
1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública.	1.1 Actualización y formulación de documentos normativos del Sector Salud. 1.2 Optimización de los mecanismos de coordinación intergubernamental e intersectorial para la articulación de las políticas de salud y gestión de contingencias y conflictos. 1.3 Diseño, desarrollo e implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes y programas del sector salud. 1.4 Desarrollo y optimización de la gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional. 1.5 Mejorar la calidad y eficiencia del gasto y la gestión de los Programas Presupuestales en el sistema de salud. 1.6 Desarrollo e implementación del Gobierno Electrónico en Salud. 1.7 Optimizar la implementación del Gobierno Abierto en Salud que facilite el acceso a la información pública y transparencia de la gestión. 1.8 Fortalecimiento de la participación activa del sector salud en los organismos y espacios internacionales. 1.9 Desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA.

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI MINSA 2017-2019	ACCIONES ESTRATEGICAS PEI MINSA 2017-2019
2. Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud.	2.1 Optimización de los procesos vinculados a la cadena de abastecimiento de suministro centralizado. 2.2 Fiscalización de la cadena logística para el suministro de medicamentos.

PILAR: MEJORA DE COBERTURA Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI MINSA 2017-2019	ACCIONES ESTRATEGICAS PEI MINSA 2017-2019
3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.	3.1 Desarrollo e implementación del sistema de acreditación de los servicios en las redes de salud. 3.2 Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en Lima Metropolitana. 3.3 Implementación de los procesos vinculados a Telesalud. 3.4 Implementación de los procesos vinculados al Registro de Historias Clínicas Electrónicas (HCE). 3.5 Fortalecimiento de la implementación de políticas que promueven estilos de vida y entornos saludables.





OBJETIVO ESTRATEGICO PEI MINSA 2017-2019	ACCIONES ESTRATEGICAS PEI MINSA 2017-2019
4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud.	4.1 Incremento de la afiliación y portabilidad del aseguramiento en salud de forma efectiva. 4.2 Seguimiento del cumplimiento oportuno de las garantías explícitas para condiciones de salud priorizadas del PEAS en las IPRESS. 4.3 Conducción e implementación de las políticas para la organización y funcionamiento eficiente de las Redes de Servicios de Salud.

PILAR: REVALORIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI MINSA 2017-2019	ACCIONES ESTRATEGICAS PEI MINSA 2017-2019
5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud.	5.1 Formulación e implementación del plan de dotación de recursos humanos en salud acordado con Gobiernos Regionales. 5.2 Formulación e implementación del plan de Desarrollo de Capacidades (PLANDES) con actores sociales e institucionales acordado con Gobiernos Regionales (CG). 5.3 Espacios de docencia-servicio en salud implementados y articulados a entidades formadoras en salud.

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI MINSA 2017-2019	ACCIONES ESTRATEGICAS PEI MINSA 2017-2019
6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud.	6.1 Desarrollo e implementación del proceso de carrera pública meritocrática y política remunerativa para los trabajadores del sistema público de salud. 6.2 Promoción, fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal institucional.





PILAR: INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO MODERNO E INTERCONECTADO

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI MINSA 2017-2019	ACCIONES ESTRATEGICAS PEI MINSA 2017-2019
7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.	7.1 Planificación sectorial orientada a reducir las brechas y desarrollo de la programación multianual de inversiones en coordinación con el nivel sub nacional. 7.2 Optimización de la gestión de los recursos presupuestales para la implementación de proyectos de inversión priorizados 7.3 Disponer de infraestructura tecnológica para fortalecer los sistemas de información de salud y RENHICE.

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI MINSA 2017-2019	ACCIONES ESTRATEGICAS PEI MINSA 2017-2019
8. Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud.	8.1 Mejoramiento y fortalecimiento de la gestión del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y alerta temprana. 8.2 Conducción del planeamiento y seguimiento para la atención integral de emergencias y desastres.

ACCIONES TRANSVERSALES

ACCIONES TRANSVERSALES DEL PEI MINSA 2017-2019

GESTIÓN DE LA MODERNIZACIÓN, GOBERNANZA Y ACTIVIDADES FUNCIONALES

- *Comunicación en salud.*
- *Gestión del conocimiento.*
- *Apoyo a los órganos institucionales para la implementación de sus funciones.*





Objetivo Estratégico Institucional

Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública

En los últimos quince años, el Perú logró una de las tasas más altas de crecimiento económico de la región. El Ingreso Nacional Bruto por persona casi se triplicó¹², y las tasas de pobreza se redujeron a la mitad. Desde 2010, el Perú se ubica en el grupo de países de ingresos medio alto. Este crecimiento económico fue acompañado por un crecimiento parecido de los ingresos del Estado. Desde 2005, la recaudación fiscal se incrementó en 13% por año¹³ hasta el año 2014. Si bien en años recientes el Perú ha escalado seis posiciones en el Índice Global de Competitividad 2012-2013 elaborado por el Foro Económico Mundial, avanzando 31 posiciones en la variable de estabilidad macroeconómica, aún mantiene un desempeño deficiente en pilares claves como Instituciones (puesto 105 de 144), educación primaria y salud (puesto 91)¹⁴.

En paralelo, el presupuesto fiscal asignado a la Función Salud se incrementó en ocho veces entre el año 2002 y el año 2016¹⁵. Sin embargo, este fuerte crecimiento presupuestal para la salud, no fue acompañado por un crecimiento similar de la capacidad del Estado de gastar bien y de generar mayores coberturas con calidad de servicios que mejorasen los resultados sanitarios en dimensiones que se correspondiesen al incremento presupuestal. Además, aún persisten marcadas desigualdades sociales y territoriales¹⁶. Por otra parte, existen deficiencias en la prestación de los servicios de salud que afectan la probabilidad de mantenimiento y recuperación de la salud de las personas, las cuales terminan

¹² El INB per cápita (anteriormente PIB per cápita) es el ingreso nacional bruto convertido a dólares de los Estados Unidos mediante el método Atlas del Banco Mundial, dividido por la población a mitad de año. Creció de 2050 USD en 2002 a 6027 USD en 2015. Banco Mundial, <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GNP.PCAP.CD>.

¹³ Según cifras de la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Pública (SUNAT).

¹⁴ Referencia tomada de "Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021". <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/05/PNMGP.pdf>

¹⁵ S/. 2,075'112,395 en el 2002 y S/. 16,115'237,747 en 2016. Consulta amigable MEF. <http://app15.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2016&ap=ActProy>

¹⁶ Según Cifras del INEI, el Perú muestra un índice de Gini de 48.1, donde 0 representa una equidad perfecta, mientras que 100 significa una inequidad perfecta.





incidiendo negativamente en la percepción ciudadana sobre la gestión pública que las autoridades de salud realizan, en particular el Ministerio de Salud.

Así, uno de los retos más importantes para el Ministerio de Salud es ejercer el rol rector en el sector salud a través del diseño e implementación de políticas públicas, que busquen transformaciones profundas y permitan integrar y dar coherencia a las acciones del Estado orientadas a atender de manera óptima las necesidades de salud de los ciudadanos, buscando la optimización de los procesos y del uso de los recursos de manera que pase a consolidarse como organismo rector y moderno.

Por otra parte, el ejercicio efectivo del rol rector por parte de la Autoridad Nacional del Sector Salud favorece "la gobernanza del sistema de salud" que la OMS define como "el proceso de toma de decisiones y el proceso mediante el cual las decisiones se implementan (o no implementan)"¹⁷. La gobernanza, de esta forma, promueve acciones conjuntas de diferentes sectores, de actores públicos y privados y, en general, de los ciudadanos por el interés común sobre la promoción de la salud. Requiere, por lo tanto, un conjunto de políticas sinérgicas, muchas de las cuales se encuentran en sectores distintos al de salud, así como en instituciones no gubernamentales, los cuales deben ser apoyados por estructuras y mecanismos que posibilitan la colaboración. Además, esta gobernanza provee de una fuerte legitimidad a los ministerios de salud para ayudar a que alcancen y lleven a cabo nuevos roles en el diseño de políticas para promover la salud y el bienestar.¹⁸

Algunas de las principales situaciones problema existentes, dificultades y retos que el MINSA enfrenta para ejercer efectiva y eficientemente la rectoría del Sector Salud y para contribuir con el desarrollo del país y con su integración a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)¹⁹, son:

- Marco normativo armonizado y actualizado que brinde a las autoridades subnacionales, a las Instituciones Administradoras del Financiamiento en Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los referentes técnicos y administrativos, criterios y estándares que se requiere para que las personas accedan a servicios, atenciones y cuidados de salud de calidad, con oportunidad y sin que pongan en riesgo financiero a la persona o grupo familiar.
- En el marco de la descentralización, la autonomía de las regiones y el desarrollo insuficiente de capacidades locales de gestión, limitan la ejecución efectiva y eficiente de las políticas de salud establecidas por el MINSA. Los mecanismos e instrumentos de articulación intergubernamental e intersectorial en su actual nivel de desarrollo son todavía insuficientes para alinear la acción de implementación de políticas de manera armónica en los distintos niveles y ámbitos de gobierno.
- Limitado seguimiento de los procesos y limitada evaluación de resultados e impactos de la implementación de políticas, estrategias e intervenciones. El Ministerio de Salud aún no cuenta suficientemente con procedimientos e instrumentos que le permita identificar oportunamente las desviaciones o ausencia en el cumplimiento de las actividades, productos o resultados que se planifican y programan a nivel de las unidades de gestión y de las instituciones que proveen los servicios de salud para tomar decisiones que permitan mejorar lo que los ciudadanos reciben como atenciones y cuidados a nivel individual o colectivo.
- Deficiente diseño y organización de los procesos del Ministerio de Salud para el cumplimiento de sus funciones y el adecuado servicio a las entidades del sector y a los ciudadanos. La estructura de la organización y las funciones requiere mejorarse para que se logre congruencia entre las funciones que el

¹⁷ United Nations-Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP). What is Good Governance?, 2010.

¹⁸ WHO Regional Office for Europe. *Governance for health in the 21st century*, Ginebra, 2012, p. 4.

¹⁹ La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) es una Organización intergubernamental que reúne a 34 países comprometidos con las economías de mercado y con sistemas políticos democráticos, que en su conjunto representan el 83% del PIB mundial.





MINSA debe cumplir, con el rol y los objetivos que se ha fijado como resultado en sus procesos de planeamiento estratégico y operativo, y acorde a la asignación de su presupuesto. Asimismo, esta integración de sus procesos y procedimientos deben apoyarse progresivamente en el uso de tecnologías de la información que automaticen y faciliten el servicio de los usuarios externos e internos a la institución produciendo avances hacia el Gobierno Electrónico²⁰ y Gobierno Abierto²¹, con logros concretos en la simplificación administrativa, la transparencia de la gestión, el acceso a la información, para la rendición de cuentas y la facilitación de la participación ciudadana.

- Las intervenciones y atenciones de las prioridades sanitarias nacionales se encuentran organizadas en los denominados "Programas Presupuestales" que suman nueve a cargo del Ministerio de Salud. La asignación e incremento presupuestales de estos programas ha sido muy significativo, sin embargo aún son grandes las brechas sanitarias por atender, lo cual requiere evaluar crítica y detalladamente los diseños conceptuales, los instrumentos para definición de intervenciones y de metas de coberturas, indicadores y sistemas de flujo de información, entre otros, así como los procesos de gestión y de asignación de recursos. Sobre lo identificado en la evaluación y las lecciones aprendidas, se requerirá mejorar la articulación de procesos y actividades y la gestión de los mismos procesos.

- Otro aspecto que supone un reto a la institución para el cumplimiento cabal de sus competencias y funciones, es la ausencia de políticas claras de desarrollo de capacidades del personal vinculadas al perfil profesional y al puesto del funcionario público, sin seguimiento ni evaluación de desempeño.

El Objetivo Estratégico Institucional para la Gestión Eficiente del Sistema de Salud y sus acciones estratégicas, establecen los lineamientos que orientan, articulan e impulsan en todos los órganos del Ministerio de Salud, la transformación de la institución hacia una gestión pública que haga posible el ejercicio efectivo y eficiente del rol rector del MINSA como Autoridad del Sector Salud que conduce y pone el Sistema de Salud al servicio del ciudadano para su bienestar y que a partir de ello, contribuye con el desarrollo del país.

INDICADORES Y METAS DEL OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 2017-2019	INDICADOR DEL OBJETIVO ESTRATEGICO	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA DE BASE	META 2017	META 2018	META 2019
Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública.	Porcentaje de satisfacción de usuarios de los servicios otorgados por el MINSA	Porcentaje	ND	60%	70%	80%
	Porcentaje de avance en la implementación de la Modernización de la Gestión Pública en Salud	Porcentaje	ND	20%	40%	60%

²⁰ Gobierno Electrónico es el uso intensivo de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para redefinir la relación del Estado con los ciudadanos, mejorar la gestión y los servicios, garantizar la transparencia y la participación, apoyar la integración y el desarrollo de los sectores y regiones. Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática.

²¹ Se define a Gobierno Abierto como un nuevo modelo de relación entre los gobernantes, las administraciones públicas y la sociedad, basado en la transparencia, la apertura, la colaboración y orientado a la participación de los ciudadanos y ciudadanas tanto en el diseño como en la implementación de las políticas públicas y la mejora de los servicios.





Acciones Estratégicas y Metas al 2019:

ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	META 2019
1.1 Actualización y formulación de documentos normativos del Sector Salud	1.1 70% de normas implementadas en relación a las aprobadas.
1.2 Optimización de los mecanismos de coordinación intergubernamental e intersectorial para la articulación de las políticas de salud y gestión de contingencias y conflictos.	1.2.1 61% de instituciones de salud con 60% o más de cumplimiento de los indicadores de los convenios de gestión 1.2.2 90% de cumplimiento de acuerdos en salud de competencia del MINSA en las Mesas de Dialogo de acuerdo a cronograma.
1.3 Diseño, desarrollo e implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes y programas del sector salud.	1.3 Sistema de seguimiento y evaluación de planes del Ministerio de Salud implementado en su totalidad.
1.4 Desarrollo y optimización de la gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional.	1.4.1 100% de procesos de la entidad optimizados. 1.4.2 60% de implementación del sistema de tramite documentario integrado en el Ministerio de Salud y sus Órganos desconcentrados y adscritos.
1.5 Mejorar la calidad y eficiencia del gasto y la gestión de los Programas Presupuestales en el sistema de salud.	1.5.1 5% de variación de la razón de bienes y servicios entre lo programado y lo ejecutado. 1.5.2 90% de los programas presupuestales del sector salud que cumplen al menos el 90% de sus metas físicas programadas.
1.6 Desarrollo e Implementación del Gobierno Electrónico en Salud.	1.6.1 50% de sistemas MINSA interoperables. 1.6.2 80% de avance de implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.
1.7 Optimizar la implementación del Gobierno Abierto y Participación ciudadana en Salud que facilite el acceso a la información pública y transparencia de la gestión.	1.7.1 95% de atención de solicitudes de acceso a la información pública atendidas dentro del plazo legal. 1.7.2 Implementación completa del Plan de Gobierno Abierto del MINSA.
1.8 Fortalecimiento de la participación activa del sector salud en los organismos y espacios internacionales.	1.8 80% de convenios/actas y/o acuerdos internacionales implementados con seguimiento y evaluación.
1.9 Desarrollo e Implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA.	1.9 80% de avance de la implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA.





Objetivo Estratégico Institucional

Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud

Para el Ministerio de Salud, la implementación de una política con el objetivo de garantizar la calidad, eficacia, seguridad y acceso a medicamentos, insumos y dispositivos médicos esenciales a la población, implica el desarrollo de un marco de políticas y de normas comprehensiva y claras, y para el caso de los suministros esenciales estratégicos a cargo del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud, el fortalecimiento de la gestión de tales suministros.

Los problemas actuales que enfrenta el sector, en especial los servicios públicos, para garantizar el acceso universal a los suministros de salud esenciales son de distinto orden, entre los principales se tiene: a) gerencial, en lo que se requiere precisar roles y funciones de todos los actores definiendo los procedimientos de articulación y complementariedad; b) falta de actualización y armonización de las normas y procedimientos; c) capacitación de los recursos humanos; d) el desarrollo de sistemas de información que apoyen la gestión del sistema; y e) la propia gestión de los suministros.

En particular, los procesos de abastecimiento del suministro de medicamentos e insumos, presenta los siguientes problemas; la fragmentación del sistema, la falta de normas y procedimientos que estandarice la calidad de la gestión del suministro, la debilidad en las estimaciones de necesidades que trae como consecuencia la incorrecta programación, subsistemas de información débiles y desarticulados, y deficiencias en el almacenamiento, distribución y dispensación de los medicamentos y demás suministros médicos.

El Ministerio de Salud a través de los órganos competentes, DIGEMID y CENARES, desarrollará acciones estratégicas para vencer las dificultades y barreras del sistema de provisión de medicamentos, Insumos y dispositivos médicos con la integración y mejora de





la eficiencia de los subsistemas operativos, de información y de gestión; la ejecución de procesos oportunos y eficientes; la dotación de infraestructura, mobiliario y equipamiento adecuados y del personal idóneo y suficiente.

Aspectos igualmente importantes son: mantener la acción de promoción del uso racional brindando información básica sobre medicamentos y la Farmacovigilancia (actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos).

INDICADORES Y METAS DEL OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 2017-2019	INDICADOR DEL OBJETIVO ESTRATEGICO	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA DE BASE	META 2017	META 2018	META 2019
Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud.	Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos (PMDI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y REDES con una disponibilidad mayor o igual a 2 meses.	Porcentaje	ND	65%	70%	75%

Acciones Estratégicas y Metas al 2019

ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	META 2019
2.1 Optimización de los procesos vinculados a la cadena de abastecimiento de suministro centralizado.	2.1.1 10% de procesos declarados desiertos respecto a los procesos convocados. 2.1.2 90% de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de suministro centralizado distribuidos (PD) por trimestre de forma oportuna según requerimientos confirmado de las DISA/DIRESA/GERESA.
2.2 Fiscalización de la cadena logística para el suministro de medicamentos.	2.2 40% de Porcentaje de EESS igual o mayor del nivel I - 4 que cumplen buenas prácticas de almacenamiento de suministros médicos en las fiscalizaciones.





Objetivo Estratégico Institucional

**Garantizar y mejorar de forma continua el
cuidado de la salud y la calidad de atención de
los servicios de salud**

La Calidad de Atención en Salud puede tener múltiples definiciones dependiendo del actor del sistema de salud. Cada uno de ellos -paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en los determinantes que más valora²².

Para el paciente, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que da por hechos.

Para el prestador (IPRESS), la valoración de la calidad se basa en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como certificaciones y experiencia de los profesionales y tecnología disponible. Para el



²² Definición de Calidad de Atención en Salud, por la Organización para la Excelencia de la Salud.
<http://www.cgh.org.co/temas/calidadensalud.php>



financiador del servicio (IAFAS), la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que valora.

Sin embargo, todas las dimensiones anteriores se sustentan en las competencias de los profesionales que prestan el servicio, es decir, en su idoneidad profesional y en sus calidades personales y humanas.

De lo anteriormente señalado, se hace evidente que una organización de salud que se comprometa a prestar servicios de alta calidad tiene que gestionar todas y cada una de las dimensiones de la calidad y demostrar, mediante indicadores válidos y precisos, que la atención brindada a sus usuarios cumple con ser efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente, y que su equipo humano es competente.

En el Perú, el sistema público de salud todavía no asegura el nivel de resolutiveidad y calidad de atención requerida de sus establecimientos, tanto por la falta de infraestructura y equipamiento como por la brecha de profesionales de salud existente, sobretodo personal especializado que pueda dar uso adecuado a equipos y dispositivos médicos. Ante el panorama de insuficiencia, es importante apelar a medios ofrecidos por las tecnologías de información y comunicación, entre otros, que permita compartir capacidades, complementar e integrar servicios físicamente distantes. También es necesario incentivar la participación informada y activa de los propios pacientes y sus familias en el cuidado de su salud y la adherencia a los tratamientos prescritos; por ello es necesario implementar mayores estrategias de educación de la población y facilitar su acceso a teleconsulta y a otros medios por los que se le proporcione respuestas a sus preguntas e intereses sobre salud.

INDICADORES Y METAS DEL OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 2017-2019	INDICADOR DEL OBJETIVO ESTRATEGICO	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA DE BASE	META 2017	META 2018	META 2019
Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.	Porcentaje de satisfacción de usuarios por establecimiento de salud	Porcentaje	40.0%	45%	55%	65%
	Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa (días)	Día	ND	18	17	15
	Porcentaje de niños menores de tres años de edad que viven con la madre y que recibieron alimentos en hierro(carnes, aves, pescado o huevos)	Porcentaje	67.1%	72%	76%	80%
	Porcentaje de niñas de quinto grado de primaria con vacunas completas VPH (2 dosis)	36%	90%	90%	90%	90%





	% de mujeres con diagnóstico de cáncer cervical mediante auto toma que reciben tratamiento	Porcentaje	58.2%	65%	72%	80%
	% de reducción de casos de malaria (vivax y falciparum), respecto al basal de 56,560 casos	Porcentaje	25%	25%	25%	75%

Acciones Estratégicas y Metas al 2019

ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019		META 2019
3.1 Desarrollo e implementación del sistema de acreditación de los servicios en las redes de salud.	3.1	15 IPRESS que cumplen con los estándares de acreditación.
3.2 Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRES) en Lima Metropolitana.	3.2.1	Densidad de incidencia / incidencia acumulada de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en establecimientos de salud: ITS-CVC NEO = 5.04 NEU-VM UCI = 6.98 IHO-PC GO = 1.09
	3.2.2	95% de niños menores de un año con vacunas completas
3.3 Implementación de los procesos vinculados a Telesalud.	3.3	20 gobiernos regionales implementan la Red Nacional de Telesalud.
3.4 Implementación de los procesos vinculados al Registro de Historias Clínicas Electrónicas (HCE).	3.4	30% de Establecimientos implementan la HCE
3.5 Implementación de políticas que promueven prácticas y estilos de vida saludables.	3.5	15% de personas de 15 y más años de edad que consumen al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día.





Objetivo Estratégico Institucional

Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud

El Aseguramiento Universal en Salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el Perú disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud para el mantenimiento, prevención, recuperación y rehabilitación en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad y calidad.

El Aseguramiento Universal en Salud tiene el propósito de reducir tanto las barreras de acceso al sistema de salud como las inequidades en el financiamiento y la oferta de los servicios de salud. Es así que establece la obligatoriedad para que todas las instituciones aseguradoras (públicas o privadas) financien y otorguen como mínimo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, PEAS, bajo determinados estándares de calidad y oportunidad, y promueve que toda persona en el país esté afiliada a algún tipo de seguro (contributivo, semicontributivo o subsidiado).

Mediante la implementación de esta política se busca garantizar los derechos a la atención de salud de toda la población, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento, protegiendo a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad, contribuyendo a mantener y elevar la productividad del capital humano. A estos términos de la atención se le denomina "Garantías Explícitas".





El Plan de Beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud; contiene el listado de condiciones, la definición de cada condición, los diagnósticos involucrados, la referencia del manejo clínico, las prestaciones a financiar y las garantías de oportunidad y calidad. Está orientado a implementar el proceso de aseguramiento universal en salud, a partir de la identificación explícita de las condiciones e intervenciones que serán brindadas y que son parte del Plan de Beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Por tanto, constituye el "contrato social de atención de salud" entre el Estado y el ciudadano. Su cumplimiento es un aspecto crítico del derecho a la salud del ciudadano y del compromiso y responsabilidad de la gestión de gobierno; en especial cuando se trata de las poblaciones en situación de pobreza o de mayor vulnerabilidad.

Un aspecto que se requiere avanzar en simultáneo para el cumplimiento de la cobertura efectiva del aseguramiento en salud (ampliación de la afiliación) y con las garantías explícitas (ampliación de la cobertura prestacional y protección financiera) es el acercar físicamente la oferta de servicios integrales de salud por lo que el redimensionamiento y reordenamiento de las redes de servicios de salud es necesario.

La intención del país en lograr la cobertura universal de salud hacia el bicentenario de independencia el 2021, también condición deseable para el ingreso del Perú en la OCDE, hacen de este objetivo un aspecto de primer orden.

INDICADORES Y METAS DEL OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 2017-2019	INDICADOR DEL OBJETIVO ESTRATEGICO	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA DE BASE	META 2017	META 2018	META 2019
Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud	Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud.	Porcentaje	75.8%	78%	84%	90%





Acciones Estratégicas y Metas al 2019

ACCIONES ESTRATÉGICAS PEI 2017-2019		META 2019
4.1 Incremento de la afiliación y portabilidad del aseguramiento en salud de forma efectiva.	4.1	50% de IAFAS evaluadas en las que cumple con las condiciones para la portabilidad del seguro de salud.
4.2 Seguimiento del cumplimiento oportuno de las garantías explícitas para condiciones de salud priorizadas del PEAS en las IPRESS.	4.2	60% de IPRESS evaluadas que cumplen con garantías explícitas en salud.
4.3 Conducción e implementación de las políticas para la organización y funcionamiento eficiente de las Redes de Servicios de Salud.	4.3	Todos los Gobiernos Regionales han reorganizado las redes de salud con criterios basados en Atención Primaria de Salud.





Objetivo Estratégico Institucional

Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud consideran que el mínimo de médicos indispensable para garantizar una adecuada atención de salud a la población debe ser 10 por 10 mil habitantes. El Perú está por debajo de esa cifra como promedio nacional (9,4), siendo la brecha y las inequidades mucho mayor en la perspectiva que se tiene para los niveles regionales y subregionales²³.

Otro indicador es la densidad de recursos humanos en salud ("Desafíos de Toronto"), que evalúa la disponibilidad conjunta de médicos y enfermeras y establece el estándar de 25 médicos y enfermeras por 10,000 habitantes. El Perú aun no alcanza tal cifra (19,5 x 10,000 habitantes), con Ecuador, Bolivia y Haití que son los que ostentan la cifra más baja. Cuba tiene una densidad de Recursos Humanos casi 7 veces más que la de Perú, mientras que Argentina y Chile casi el doble, esto sugiere que el abordaje de formación y planificación de recursos humanos debe orientarse a disminuir estas brechas²⁴. De otro lado, la distribución de profesionales ha venido siendo inversa a los niveles de pobreza. En el caso de los médicos, la tasa de distribución es de 3.7 a 1 entre los estratos no pobres y los más pobres. Para las enfermeras la tasa es de 1.4 y para los odontólogos la tasa es de 1.43.

Pese a los avances en la formación de recursos humanos en salud en el país en los últimos años, aún existe un déficit tanto de disponibilidad como de distribución, pues incluso si se



Análisis de Situación de Salud, AIS, DGE, 2013. <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/RH-Estudio-PERSMay12010.pdf>
Ibid.





lograra una distribución conforme a la densidad poblacional y la vulnerabilidad de las regiones y distritos; faltaría personal de salud. En los últimos dos años ha habido una ampliación importante del número de profesionales en los servicios públicos y se ha iniciado su redistribución con incentivos para sus estancias en las zonas más pobres a través de la transformación del SERUM y la generación de un régimen especial para cubrir el déficit de especialistas en provincias.

El sector MINSA concentra el 68% del total de recursos humanos, le sigue EsSalud con el 24% y finalmente las sanidades de la Policía y Fuerzas Armadas cada una con el 4%. Lima tiene la mayor cantidad de recursos humanos en salud, así concentra casi el 45% de la población de médicos que existen en el País, el 36,6% de enfermeras, el 20,8% de obstetras y el 30,5% de odontólogos. Las regiones con mayor cantidad de recursos humanos luego de Lima son Arequipa, La Libertad, Callao y Cusco, siguiéndole luego Puno, Lambayeque y Piura. Solo siete regiones del país (Callao, Lima, Arequipa, Madre de Dios, Moquegua, Tacna e Ica) ostentan el indicador de médicos por 10 mil habitantes igual o por encima del estándar mínimo establecido por la Organización Panamericana de la Salud.

En relación con la distribución de especialistas, el problema sigue siendo grave. El principal esfuerzo ha sido la identificación de las 25 especialidades prioritarias de formación de acuerdo al perfil epidemiológico del Perú. Así, son 25 programas identificados para que los hospitales programen el 90% de sus plazas libres y el 100% de plazas de destaque. Por otro lado, en alianza con universidades regionales, se está incentivando la creación de programas de especialización en universidades al interior del país que comúnmente no los ofertan, con el objetivo de evitar una mayor migración de especialistas a capitales regionales o a instituciones ajenas al MINSA.

El Ministerio de Salud considera fundamental cerrar las brechas en la dotación de recursos humanos en el sistema de salud para lo que el MINSA propone el siguiente objetivo y acciones estratégicas para el periodo 2017 – 2019:

INDICADORES Y METAS DEL OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 2017-2019	INDICADOR DEL OBJETIVO ESTRATEGICO	UNIDAD DE MEDIDA	LÍNEA DE BASE	META 2017	META 2018	META 2019
Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud.	Densidad de RRHH del sector salud por 10 mil habitantes	Tasa x 10 mil habitantes	29.90	30.7	31.5	32.3
	Porcentaje de RRHH del MINSA y GOREs que permanece al menos tres años en el primer nivel de atención	Porcentaje	65.8%	71%	76%	81%





Acciones Estratégicas y Metas al 2019

ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019		META 2019
5.1. <i>Formulación e implementación del plan de dotación de recursos humanos en salud acordado con Gobiernos Regionales.</i>	5.1	Todos los Gobiernos Regionales implementan el Plan de dotación de recursos humanos en salud.
5.2. <i>Formulación e implementación del plan de Desarrollo de Capacidades (PLANDES) con actores sociales e institucionales acordado con Gobiernos Regionales.</i>	5.2	Todos los Gobiernos Regionales implementan el PLANDES.
5.3. <i>Espacios de docencia-servicio en salud implementados y articulados a entidades formadoras en salud.</i>	5.3	70% de Comités de articulación docencia-servicio en salud en funcionamiento.





Objetivo Estratégico Institucional

6

Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el Sistema Público de Salud

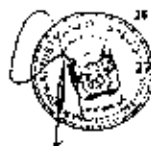
Los recursos humanos son un elemento clave y la principal ventaja competitiva que poseen los servicios de salud²⁵. Es por ello que es preciso brindar las condiciones necesarias para lograr un óptimo desenvolvimiento y, por ende, el logro de los objetivos en materia de salud propuestos a distinto nivel²⁶, es allí donde las remuneraciones, los términos contractuales y otros tipos de incentivos cumplen una función importante²⁷.

En el sector público en general, y en particular en el sector público de salud, no existe una clara política y gestión de recursos humanos, que se explica por la coexistencia de distintos regímenes laborales y por la falta de un marco legal general e institucional que, en lugar de otorgar la flexibilidad que se necesita para atender las diferentes necesidades de recursos humanos, rigidiza aspectos críticos para la gestión de recursos humanos; por ejemplo, las remuneraciones e incentivos, el marco legal para contratar y desvincular personal a plazo fijo o sobre las condiciones para contratar personal de naturaleza temporal.

²⁵ Brito PE. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Revista Panamericana de la Salud Pública, 2000; 8(1-2):43-54

²⁶ Salinas H, Erazo M, Reyes A, Carmona S, Veiga P, Bocaz F, et al. Indicadores de gestión de servicios de salud públicos y asignación de recursos desde el Ministerio de Salud de Chile. Rev. Med. Chil. 2004; 132(12):1532-42.

²⁷ Hurtado E, Galmés M, Iraola N, Dolcini H, Yansenson J, Gutiérrez H. Remuneraciones profesionales médicas. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2009;122(2):615





En nuestro país existen diversas modalidades de contratación de personal, así como instituciones que brindan plazas de trabajo para los diferentes profesionales de la salud, siendo el Ministerio de Salud (MINSA) y la Seguridad Social (EsSalud) las que reúnen el mayor número de estos. Si bien ambas son instituciones estatales, en el primer caso se encuentra bajo un régimen público y en el segundo bajo uno de tipo privado. Los regímenes de relación contractual son diversos, estableciéndose dos grandes grupos de trabajadores: el personal nombrado y el personal contratado; en este último grupo existen diversas modalidades de contratación regidas por legislación propias de cada sector, que generan, a su vez, diversas escalas remunerativas con composiciones variables que incluyen beneficios e incentivos relacionados con la productividad y otras formas, como mecanismo para contrarrestar el hecho de que no han existido incrementos salariales satisfactorios en los últimos años, estando ausentes en la Ley del Presupuesto Nacional. En este marco es que la Asignaciones Extraordinarias por Trabajo Asistencial (AETA) y su equivalente en profesionales administrativos se convierten uno de esos mecanismos dirigidos fundamentalmente a personal que labora en el MINSA^{28,29}. Por otro lado, otro hito importante en la historia remunerativa de los profesionales de la salud – aunque no exclusivo del sector – es la creación e implementación del Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS) en el año 2008, mediante el cual, se brinda un sistema de pensiones y un seguro de salud a personal contratado con tributación de cuarta categoría, modificando el sistema de contratación por servicios no personales (SNP)^{30, 31}.

Por otra parte, el curso incompleto en la identificación y definición de macroprocesos y procesos para el ejercicio de roles y funciones de los distintos tipos y niveles de las instituciones del sistema de salud y el poco desarrollo en el planeamiento de la dotación y desarrollo de los servidores públicos de salud, llevan a una inadecuada determinación de los perfiles de puestos y del número óptimo de profesionales requeridos por cada perfil bajo un enfoque de especialización, carga de trabajo y pertinencia para el logro de resultados.

Al mismo tiempo, en las instituciones públicas se observan inadecuados procesos de selección, contratación, evaluación del desempeño, aplicación de incentivos, promoción laboral y desincorporación de las personas.

Estos problemas se potencian por la ausencia de políticas sostenidas de inducción, capacitación, entrenamiento y desarrollo de capacidades y competencias del personal, ya sea porque no se otorga el valor suficiente a la gestión del personal o porque la entidad no cuenta con recursos financieros o avances en los requisitos para participar del régimen meritocrático que propone el Estado Peruano a través del Programa SERVIR o para la



²⁸ Ley de Fomento del Empleo. Decreto legislativo N° 728.

²⁹ Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público Concordado, Decreto legislativo 276.

³⁰ Decreto legislativo que Regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicio, Decreto legislativo 1057.

³¹ Párrafo tomado de “Remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú, Karim Pardo, Marcelino Andía et. Al. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2011; 28(2): 342-351.





implementación de un programa particular complementario que el MINSA pueda diseñar y llevar adelante.

El Ministerio de Salud considera fundamental armonizar los distintos regímenes laborales existentes para servidores de instituciones públicas, asistenciales y administrativos, desarrollando un marco normativo e implementando un plan que permitan instalar de manera progresiva, rápida y sostenida la carrera pública meritocrática y la política remunerativa y de incentivos para el sistema público de salud. Este propósito se halla expresado en el siguiente objetivo y acciones estratégicas del Ministerio de Salud para el periodo 2017 – 2019:

INDICADORES Y METAS DEL OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 2017-2019	INDICADOR DEL OBJETIVO ESTRATEGICO	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA DE BASE	META 2017	META 2018	META 2019
Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud.	Porcentaje de personal de servicios públicos de salud en régimen meritocrático de carrera pública y política remunerativa.	Porcentaje	NO	10%	25%	50%

Acciones Estratégicas y Metas al 2019

ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	META 2019
6.1 Desarrollo e implementación del proceso de carrera pública meritocrática y política remunerativa para los trabajadores del sistema público de salud.	6.1 70% del financiamiento otorgado para la implementación de la carrera pública y política remunerativa.
6.2 Promoción, fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal institucional.	6.2 90% de cumplimiento del Plan de desarrollo de Personas (PDP).





Objetivo Estratégico Institucional

Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad

En los últimos años, la inversión pública en el Perú creció significativamente, considerando el incremento en el número de proyectos viables, así como el avance de gasto financiero. Sin embargo, la brecha no se ha reducido, teniendo un estimado de brecha de infraestructura y equipamiento para el sector salud que asciende aproximadamente a 23 mil millones de soles.

El Ministerio de Salud ha venido impulsando la política de Modernización de las Inversiones mediante el Decreto Legislativo 1157 que consideró como punto de partida de la gestión de la inversión en salud, el Planeamiento Multianual y Multisectorial de Inversiones y la priorización de los proyectos de inversión, a fin de promover el ordenamiento, la adecuación de la expansión y sostenimiento de la oferta de los servicios de salud públicos, así como ordenar el gasto de inversión en salud y concertar la utilización racional de los recursos de inversión pública disponibles en el nivel nacional, regional y local.

En ese sentido y como objetivo para el 2021, se vienen realizando esfuerzos para localizar inversiones en las áreas estratégicas del ámbito nacional, especialmente en establecimientos del primer nivel de atención, a través de proyectos que permitan enfrentar las urgencias epidemiológicas y atenuar las características patológicas en algunas zonas, con la finalidad de garantizar la accesibilidad y la atención integral de los servicios de salud de los grupos más vulnerables y excluidos, protegiendo a los grupos de menores recursos económicos, en particular la del medio rural, urbano marginal, mujeres,





gestantes, menores de cinco años, etc., garantizando servicios adecuados y de calidad, bajo criterios de equidad y en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).

Para el año 2017 el sector salud tiene previsto 717 millones en el presupuesto Institucional de Apertura (PIA) para inversiones en el sector público de salud, que incluyen 637 millones para la continuidad de 60 proyectos de inversión a nivel regional y 80 millones para 11 proyectos a cargo del pliego MINSA. Además en el presupuesto 2017 están considerados recursos por 1.4 millones para el Instituto Nacional de Salud, 60 millones para el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y 49.5 millones para establecimientos que están siendo transferidos del "desactivado" Instituto de Gestión de Servicios de Salud (que serán asumidos por el MINSA). En total son casi 828 millones de soles en el presupuesto regular 2017.

Adicionalmente, en el marco de la Trigésima Segunda disposición complementaria de la Ley 30518, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2017, que crea el "Fondo para proyectos de agua, saneamiento y salud", hasta por la suma de 2 mil millones de soles, financiados por endeudamiento (bonos soberanos), se financiará proyectos para Salud por un monto de 400 millones de soles, los cuales se realizarán mediante transferencias presupuestales a los Gobiernos Regionales y Locales. En ese sentido el Ministerio de Salud realizó una priorización preliminar de proyectos, con énfasis en el primer nivel de atención a nivel nacional para ser financiados con dichos recursos.

Es así que el sector salud dispondrá en el año 2017, un total aproximado de 1,228 millones de soles para proyectos de inversión en salud que financiarán 213 proyectos a nivel nacional.

El objetivo y acciones estratégicos MINSA planteados para conducir los procesos de inversiones antes descritos son:

INDICADORES Y METAS DEL OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 2017-2019	INDICADOR DEL OBJETIVO ESTRATEGICO	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA DE BASE	META 2017	META 2018	META 2019
Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.	Porcentaje de establecimientos estratégicos que incrementan en al menos 50% su capacidad resolutive.	Porcentaje	ND	7%	14%	21%
	Número de camas hospitalarias x mil habitantes.	Tasa	1.56	1.6	1.7	1.8
	Porcentaje de establecimientos de nivel hospitalario que cuentan con equipamiento mínimo según normatividad	Porcentaje	ND	10%	20%	20%



Acciones Estratégicas y Metas al 2019

ACCIONES ESTRATÉGICAS PEI 2017-2019	META 2019
7.1. Planificación sectorial orientada a reducir las brechas e implementación de la programación multianual de inversiones en coordinación con el nivel sub nacional.	7.1.1 18 regiones implementan programas multianuales de inversión en salud 7.1.2 70% de proyectos de inversión de primer nivel de atención aprobados en el marco de los programas multianuales de inversión en salud. 7.1.3 3% de establecimientos cumplen con los programas de mantenimiento preventivo y correctivo.
7.2. Optimización de la gestión de los recursos presupuestales para la implementación de proyectos de inversión prioritarios.	7.2 185 Convenios suscritos con Gobiernos Regionales y Locales implementados con seguimiento y evaluación.
7.3 Disponer de infraestructura tecnológica para fortalecer los sistemas de información de salud y RENHICE.	7.3 20% de avance de la implementación de la infraestructura tecnológica y RENHICE





Objetivo Estratégico Institucional

Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud ³²

Las acciones para disminuir las amenazas y las vulnerabilidades reducen el riesgo, pero no lo eliminan. El riesgo remanente implica la probabilidad de que se produzcan daños de magnitud proporcional a ese riesgo remanente y, por tanto, es necesario prepararse para enfrentar el impacto sobre la salud. Es necesario fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud con el fin de minimizar la pérdida de vidas, la invalidez permanente y el impacto socio-económico sobre la salud.

A este conjunto de acciones se le denomina preparativos y se describen mejor en sus tres componentes principales: plan, capacitación y recursos. El Ministerio de Salud como ente rector del sistema de salud, así como las instituciones que lo conforman, deben estar organizados y ser capaces de responder a las emergencias y desastres reduciendo al máximo posible la improvisación y la adopción de soluciones coyunturales o ad-hoc. En los manuales de preparativos y respuesta del sector salud para emergencias y desastres, se describen mecanismos y modelos de organización para mejorar la capacidad de respuesta y para enfrentar las emergencias, considerando los niveles nacionales, sub-nacionales y locales.

Uno de los elementos más recurrentes en la medición de la capacidad del sector salud para enfrentar emergencias y desastres es la existencia o no de un plan. Sin embargo, existen diferentes tipos de planes: desde planes estratégicos y gerenciales para el diseño organizacional y la mejora de los recursos humanos en salud, hasta los planes operativos de



³² Tomado del Centro de Conocimiento en Salud Pública y Desastres, Organización Panamericana de la Salud OPS. http://saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=335:4-fortalecimiento-de-la-capacidad-de-respuesta&Itemid=633&lang=es.





una unidad de urgencia de un establecimiento de salud. Por tanto, en el proceso de organización del sector salud para mejorar la capacidad de respuesta, es necesario elaborar un plan de acción que identifique aquellos elementos que necesitan ser fortalecidos y diseñar las acciones necesarias para mejorarlos en el tiempo. Estos planes usualmente son de carácter permanente y son dinámicos por cuanto siempre hay espacio y oportunidad de seguir mejorando los mecanismos, la capacidad del personal y los recursos de los que se disponen.

Otro tipo de plan es el que se elabora para ejecutar la respuesta frente a un evento o frente a múltiples amenazas. Este tipo de plan se suele denominar plan general de respuesta y, si es específico frente a un evento próximo, se le suele denominar plan de contingencia. En este caso, las acciones describen en forma clara, concisa y completa cuales son los roles y las responsabilidades específicas del personal determinado y los recursos disponibles en el momento. Asimismo, para reducir el riesgo en establecimientos de salud, se puede elaborar un plan para mejorar la seguridad estructural, no-estructural y funcional. Este plan contiene objetivos, estrategias, actividades, resultados esperados, cronograma, entre otros.

Por otra parte, la ejecución de los planes requiere de personal entrenado específicamente para cumplir los roles y responsabilidades que le fueron asignadas en el plan. El manejo de los problemas de salud derivados de las emergencias y desastres requiere de conocimientos y de adiestramiento específico de acuerdo al tipo de emergencia o desastre al que se quiere enfrentar y, por ende, el personal de salud tiene que estar permanentemente actualizado sobre los aspectos técnicos y científicos de las intervenciones de salud en emergencias y desastres.

Por ello es necesario que las instituciones del sector salud establezcan programas de educación continua en temas de emergencias y desastres y que este tipo de capacitación se incorpore en las instituciones de educación, formación, capacitación y entrenamiento formal. Es también recomendable incorporar criterios mínimos de educación o formación en gestión de riesgo de desastres para la selección de las personas encargadas de la conducción de los programas y las actividades de desastres en salud. Otros criterios de capacitación en servicio del personal de salud forman parte de los mecanismos de certificación o re-certificación del personal de salud y de acreditación de las instituciones de salud.

Igualmente importante, la realización de ejercicios de simulación y simulacros son muy útiles como herramientas de sensibilización, capacitación y verificación de la capacidad de respuesta. Estos ejercicios deben programarse periódicamente incorporando instrumentos para medir la calidad del ejercicio en sí y también para evaluar la capacidad de respuesta de los componentes sometidos a prueba.

Finalmente, además de la planificación, organización y entrenamiento del personal para enfrentar el impacto de los desastres, es preciso también contar con los suministros, equipamiento y financiamiento necesarios para implementar las acciones antes, durante y después de los eventos adversos. Se requiere asegurar que esos recursos estén disponibles para su oportuna utilización. Otro de los aspectos críticos es el establecimiento de procedimientos especiales para la adquisición de recursos adicionales en situaciones de emergencia o de riesgo inminente. Uno de los mecanismos podría ser la creación y asignación de un fondo de emergencia con normas de uso flexibles, pero asegurando la rendición de cuentas.





El objetivo y acciones estratégicas MINSA planteados para conducir las acciones de preparación y respuesta del sistema de salud ante el riesgo y ocurrencia de emergencias y desastres son:

INDICADORES Y METAS DEL OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 2017-2019	INDICADOR DEL OBJETIVO ESTRATEGICO	UNIDAD DE MEDIDA	LINEA DE BASE	META 2017	META 2018	META 2019
Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud.	Porcentaje de personas con daños a la salud por efecto de eventos adversos atendidos en las primeras 48 horas.	Porcentaje	NO	60%	80%	90%

Acciones Estratégicas y Metas al 2019

ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	META 2019
8.1. Mejoramiento y fortalecimiento de la gestión del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y alerta temprana.	8.1. Porcentajes de alertas tempranas a brotes y emergencias sanitarias (PAT) en el nivel nacional. SI Epi brotes = 40% VR = 70% VS = 90%
8.2. Conducir el planeamiento y seguimiento para la atención integral de emergencias y desastres.	8.2. 23% de regiones cuentan con Planes específicos de los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación en Salud, frente a emergencias y desastres, financiados.



VI. ACCIONES TRANSVERSALES

Las Acciones Transversales son actividades que corresponden a las funciones regulares de los Órganos del MINSA y que contribuyen al logro de los ocho objetivos.

ACCIONES TRANSVERSALES

GESTIÓN DE LA MODERNIZACIÓN, GOBERNANZA Y ACTIVIDADES FUNCIONALES

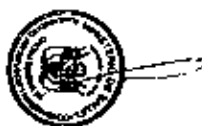
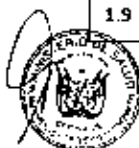
- *Comunicación en salud.*
- *Gestión del conocimiento.*
- *Apoyo a los órganos institucionales para la implementación de sus funciones.*





VII. INDICADORES DE OBJETIVOS Y ACCIONES ESTRATÉGICAS

N°	OBJETIVO ESTRATÉGICO / ACCIONES ESTRATÉGICAS PEI 2017-2019	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META 2017	META 2018	META 2019	RESPONSABLE
1	Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública.	Porcentaje de satisfacción de usuarios de los servicios otorgados por el MINSA.	ND	60%	70%	80%	OGTD DVMSP / DVMSPAS
		Porcentaje de avance en la implementación de la Modernización de la Gestión Pública en Salud.	ND	20%	40%	60%	DGPPM DVMSP / DVMSPAS
1.1	Actualización y formulación de documentos normativos del Sector Salud.	Porcentaje de normas implementadas con relación al total de normas aprobadas.	Porcentaje	30%	50%	70%	SG - OGAJ
1.2	Optimización de los mecanismos de coordinación intergubernamental e intersectorial para la articulación de las políticas de salud y gestión de contingencias y conflictos.	Porcentaje de instituciones con 60% o más de cumplimiento de los indicadores de los convenios de gestión.	Porcentaje	44%	52%	61%	DGAC
		Cumplimiento de acuerdos de las mesas de diálogo que son de competencia del MINSA de acuerdo a cronograma.	Porcentaje	90%	90%	90%	OGAC
1.3	Diseño, desarrollo e implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes y programas del sector salud.	Nivel de avance en la implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes, para la toma de decisiones.	Porcentaje	60%	90%	100%	OGPPM / OGTI
1.4	Desarrollo y optimización de la gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional.	Porcentaje de procesos de la entidad optimizados.	Porcentaje	25%	75%	100%	OGPPM
		Grado de implementación del sistema de trámite documentario integrada en el Ministerio de Salud y sus Órganos desconcentrados y adscritos.	Porcentaje	30%	40%	60%	OGTD
1.5	Mejorar la calidad y eficiencia del gasto y la gestión de los Programas Presupuestales en el sistema de salud.	Porcentaje de la variación de la razón de bienes y servicios entre la programada y la ejecutada.	Porcentaje	10%	7%	5%	OGPPM / DGIESP
		Porcentaje de programas presupuestales del sector salud que cumplan al 90% de sus metas físicas programadas.	Porcentaje	30%	60%	90%	OGPPM
1.6	Desarrollo e implementación del Gobierno Electrónico en Salud.	Porcentaje de sistemas interoperables.	Porcentaje	10%	30%	50%	DGTI
		Porcentaje de avance de implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.	Porcentaje	40%	60%	80%	OGTI
1.7	Optimizar la implementación del Gobierno Abierto en Salud que facilite el acceso a la información pública y transparencia de la gestión.	Porcentaje de atención de solicitudes de acceso a la información pública atendidas dentro del plazo legal.	Porcentaje	85%	90%	95%	OGTD
		Porcentaje de avance en la implementación del Plan de Gobierno Abierto del MINSA.	Porcentaje	20%	70%	100%	OGTD
1.8	Fortalecimiento de la participación activa del sector salud en los organismos y espacios internacionales.	Porcentaje de convenios/actos y/o acuerdos internacionales implementados con seguimiento y evaluación.	Porcentaje	40%	60%	80%	OGCAI
1.9	Desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA.	Porcentaje de avance de la implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA.	Porcentaje	40%	60%	80%	SG





N°	OBJETIVO ESTRATEGICO / ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META 2017	META 2018	META 2019	RESPONSABLE
2	Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud.	Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos (PMDI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y REDES con una disponibilidad mayor igual a 2 meses	Porcentaje	65%	70%	75%	CENARES
2.1	Optimización de los procesos vinculados a la cadena de abastecimiento de suministro centralizado.	Porcentaje de procesos declarados desiertos respecto a los procesos convocados	Porcentaje	17%	15%	10%	CENARES
		Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de suministro centralizado distribuidos (PD) por trimestre de forma oportuna según requerimientos confirmado de las DISA/DIRESA/GERESA.	Porcentaje	80%	85%	90%	CENARES
2.2	Fiscalización de la cadena logística para el suministro de medicamentos.	Porcentaje de EESS desde un nivel I - 4 que cumplen buenas prácticas de almacenamiento de suministros médicos en las fiscalizaciones	Porcentaje	20%	30%	40%	DISEMID





N°	OBJETIVO ESTRATÉGICO / ACCIONES ESTRATÉGICAS PEI 2017-2019	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META 2017	META 2018	META 2019	RESPONSABLE																								
3	Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud	Porcentaje de satisfacción de usuarios por establecimiento de salud	Porcentaje	45%	55%	65%	DIGEPRES DVMPAS																								
		Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa (días).	Días	18	17	15	DIGEPRES DVMPAS																								
		Porcentaje de niños menores de tres años de edad que viven con la madre y que recibieron alimentos ricos en hierro (carnes, aves, pescado o huevo)	Porcentaje	72%	76%	80%	DGPSGTS/DGIESP DVMSPP																								
		Porcentaje de niñas de quinto grado de primaria con vacunas completas VPH (2 dosis)	Porcentaje	90%	90%	90%	DIGIESP																								
		% de mujeres con diagnóstico de cáncer cervical mediante autolama que reciben tratamiento	Porcentaje	65%	72%	80%	DIGIESP																								
		% de reducción de casos de malaria (vivax y falciparum), respecto al basal de 56,560	Porcentaje	25%	25%	25%	DIGIESP																								
3.1	Desarrollo e implementación del sistema de acreditación de los servicios en las redes de salud.	Número de IPRESS que cumplen con los estándares de acreditación	Número	8	15	15	DIGEPRES																								
3.2	Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en Lima Metropolitana.	Densidad de incidencia/incidencia acumulada de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en establecimientos de salud	Tasa	<table><tr><td>TIPO DE</td><td>RES</td><td>RES</td><td>RES</td></tr><tr><td>1.00</td><td>0.10</td><td>1.00</td><td></td></tr></table>	TIPO DE	RES	RES	RES	1.00	0.10	1.00		<table><tr><td>TIPO DE</td><td>RES</td><td>RES</td><td>RES</td></tr><tr><td>1.00</td><td>0.10</td><td>1.00</td><td></td></tr></table>	TIPO DE	RES	RES	RES	1.00	0.10	1.00		<table><tr><td>TIPO DE</td><td>RES</td><td>RES</td><td>RES</td></tr><tr><td>1.00</td><td>0.10</td><td>1.00</td><td></td></tr></table>	TIPO DE	RES	RES	RES	1.00	0.10	1.00		CDC
		TIPO DE	RES	RES	RES																										
1.00	0.10	1.00																													
TIPO DE	RES	RES	RES																												
1.00	0.10	1.00																													
TIPO DE	RES	RES	RES																												
1.00	0.10	1.00																													
		Niños (as) menores de un año con vacunas completas	Porcentaje	95%	95%	95%	DGIESP																								
3.3	Implementación de los procesos vinculados a Telesalud	Número de Gobiernos Regionales que implementan la Red Nacional de Telesalud.	Número	4	10	20	DIGEPRES																								
3.4	Implementación de los procesos vinculados al Registro de Historias Clínicas Electrónicas (HCE)	Porcentaje de Establecimientos que implementan la HCE.	Porcentaje	5%	15%	30%	OGTI/DIGIESP																								
3.5	Implementación de políticas que promueven prácticas y estilos de vida saludables.	Personas de 15 y más años de edad que consumen al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día	Porcentaje	10%	12%	15%	DGPSGT																								
		Porcentaje de Menores de seis meses de edad con lactancia exclusiva	Porcentaje	72%	76%	80%	DGPSGT																								



N°	OBJETIVO ESTRATEGICO / ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META 2017	META 2018	META 2019	RESPONSABLE
4	Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud.	Porcentaje de población afiliado a un seguro de salud.	Porcentaje	78%	84%	90%	DGAS
4.1	Incremento de la afiliación y portabilidad del aseguramiento en salud de forma efectiva.	Porcentaje de IAFAS evaluadas en las que cumplen con las condiciones para la portabilidad del seguro de salud.	Porcentaje	-	20%	50%	DGAS
4.2	Seguimiento del cumplimiento oportuno de las garantías explícitas para condiciones de salud priorizadas del PEAS en las IPRESS.	Porcentaje de IPRESS evaluadas que cumplen con garantías explícitas en salud.	Porcentaje	20%	30%	60%	DGAS
4.3	Conducción e implementación de las políticas para la organización y funcionamiento eficiente de las Redes de Servicios de Salud.	Número de Gobiernos Regionales que implementan los criterios basados en la APS para el funcionamiento de la red de servicios de salud	Número	5	12	25	DIGEPRES

N°	OBJETIVO ESTRATEGICO / ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META 2017	META 2018	META 2019	RESPONSABLE
5	Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud.	Densidad de RRHH del sector salud por 10 mil habitantes.	Porcentaje	30.7	31.5	32.3	DGGDRH
		Porcentaje de RRHH del MINSA y GORES que permanece al menos tres años en el primer nivel de atención.	Porcentaje	71%	76%	81%	
5.1	Formulación e implementación del plan de dotación de recursos humanos en salud acordado con Gobiernos Regionales.	Número de gobiernos regionales que implementan el Plan de dotación de recursos humanos en salud.	Número	5	15	25	DGGDRH
5.2	Formulación e implementación del plan de Desarrollo de Capacidades (PLANDES) con actores sociales e institucionales acordado con Gobiernos Regionales (CG).	Número de gobiernos regionales que implementan el PLANDES	Número	5	15	25	DGGDRH
5.3	Espacios de docencia-servicio en salud implementados y articulados a entidades formadoras en salud.	Porcentaje de Comités de articulación docencia-servicio en salud en funcionamiento.	Porcentaje	30%	50%	70%	DGGDRH





N°	OBJETIVO ESTRATEGICO / ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META 2017	META 2018	META 2019	RESPONSABLE
6	Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud	Porcentaje de personal de servicios públicos de salud en régimen meritocrático de carrera pública y política de escala salarial.	Porcentaje	10%	25%	50%	DGGDRH
6.1	Desarrollo e implementación del proceso de carrera pública meritocrática y política remunerativa para los trabajadores del sistema público de salud.	Porcentaje del financiamiento para la implementación de la carrera pública y política remunerativa.	Porcentaje	30%	50%	70%	DGGDRH
6.2	Promoción, fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal institucional.	Porcentaje de cumplimiento del Plan de desarrollo de Personas (PDP).	Porcentaje	50%	70%	90%	OGRH

N°	OBJETIVO ESTRATEGICO / ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META 2017	META 2018	META 2019	RESPONSABLE
7	Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.	Porcentaje de establecimientos estratégicos que incrementan en al menos 50% su capacidad resolutive.	Porcentaje	7%	14%	21%	OGPPM
		Número de camas hospitalarias x mil habitantes.	Tasa	1.6	1.7	1.8	DGIEM
		Porcentajes de establecimientos de nivel hospitalario que cuentan con equipamiento mínimo según normatividad.	Porcentaje	10%	20%	20%	DGIEM
7.1	Planificación sectorial orientada a reducir los brechos e implementación de la programación multianual de inversiones en coordinación con el nivel sub nacional.	Número de regiones que implementan programas multianuales de inversión en salud.	Número	3	10	18	OGPPM
		Porcentaje de proyectos de inversión de primer nivel de atención aprobados en el marco de los programas multianuales de inversiones en salud.	Porcentaje	15%	50%	70%	OGPPM
		Porcentaje de establecimientos que cumplen con los programas de mantenimiento preventivo y correctivo.	Porcentaje	0%	1%	2%	DGIEM
7.2	Optimización de la gestión de los recursos presupuestales para la implementación de proyectos de inversión priorizados	Número de Convenios suscritos con Gobiernos Regionales y Locales implementados con seguimiento y evaluación.	Número	79	103	31	OGPPM
7.3	Disponer de infraestructura tecnológica para fortalecer los sistemas de información de salud y RENHICE.	Porcentaje de avance del diseño e implementación de la infraestructura tecnológica y RENHICE	Porcentaje	5%	10%	20%	DGTI





N°	OBJETIVO ESTRATEGICO / ACCIONES ESTRATEGICAS PEI 2017-2019	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META 2017	META 2018	META 2019	RESPONSABLE
8	Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud	Porcentaje de personas con daños a la salud por efecto de eventos adversos atendidos en las primeras 48 horas.	Porcentaje	60%	80%	90%	DIGERD
8.1	Mejoramiento y fortalecimiento de la gestión del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y alerta temprana.	Porcentaje de alertas tempranas a brotes y emergencias sanitarias (PAT) en el nivel nacional.	Porcentaje	60%	80%	90%	CDC
8.2	Conducción del planeamiento y seguimiento para la atención integral de emergencias y desastres.	Porcentaje de regiones que cuentan con Planes específicos de los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación en Salud, frente a emergencias y desastres, financiados.	Porcentaje	3%	18%	23%	DIGERD



VIII. IDENTIFICACION DE LA RUTA ESTRATEGICA

La construcción de la ruta estratégica se basa en determinar las prioridades a nivel de objetivos estratégicos institucionales, respetando la secuencia lógica de sus acciones y señalando las unidades orgánicas responsables que colaboraran en su ejecución. Esta sección se basa en el impacto social y económico, la tendencia de la situación de salud y la eficacia de las acciones estratégicas para alcanzar los objetivos.

PRIORIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO	PRIORIDAD	ACCION ESTRATEGICA	UNIDADES ORGANICAS PARTICIPANTES
1	1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública.	1	1.1 Actualización y formulación de documentos normativos del Sector Salud.	SG
		2	1.2 Optimización de los mecanismos de coordinación intergubernamental e intersectorial para la articulación de las políticas de salud y gestión de contingencias y conflictos.	OGPPM / OGAC
		3	1.3 Diseño, desarrollo e implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes y programas del sector salud.	OGPPM
		4	1.4 Desarrollo y optimización de la gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional.	OGPPM
		5	1.5 Mejorar la calidad y eficiencia del gasto, y la gestión de los Programas Presupuestales en el sistema de salud.	OGPPM
		6	1.6 Desarrollo e implementación del Gobierno Electrónico en Salud.	OGTI
		7	1.7 Optimizar la implementación del Gobierno Abierto en Salud que facilite el acceso a la información pública y transparencia de la gestión.	OGTD
		8	1.8 Fortalecimiento de la participación activa del sector salud en los organismos y espacios internacionales.	OGCAI
		9	1.9 Desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA.	OGPPM
3	2. Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud.	1	2.1 Optimización de los procesos vinculados a la cadena de abastecimiento de suministro centralizado.	CENARES
		2	2.2 Fiscalización de la cadena logística para el suministro de medicamentos.	DIGEMID
6	3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.	1	3.1 Desarrollo e implementación del sistema de acreditación de los servicios en las redes de salud.	DIGEPRES
		2	3.2 Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (NIPRESS) en Lima Metropolitana.	DIGEPRES / CDC
		3	3.3 Implementación de los procesos vinculados a Telesalud.	DIGEPRES
		4	3.4 Implementación de los procesos vinculados al Registro de Historias Clínicas Electrónicas (HCE).	OGTI
		5	3.5 Implementación de políticas que promueven prácticas y estilos de vida saludables.	DGRSGT





2	4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud.	1	4.1 Incremento de la afiliación y portabilidad del aseguramiento en salud de forma efectiva.	DGAS
		2	4.2 Seguimiento del cumplimiento oportuno de las garantías explícitas para condiciones de salud priorizadas del PEAS en las IPRESS.	DGAS
		3	4.3 Conducción e implementación de las políticas para la organización y funcionamiento eficiente de las Redes de Servicios de Salud.	DIGEPRES
4	5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud.	1	5.1 Formulación e implementación del plan de dotación de recursos humanos en salud acordado con Gobiernos Regionales.	DGGDRH
		2	5.2 Formulación e implementación del plan de Desarrollo de Capacidades (PLANDES) con actores sociales e institucionales acordado con Gobiernos Regionales (CG).	DGGDRH
		3	5.3 Espacios de docencia-servicio en salud implementados y articulados a entidades formadoras en salud.	DGGDRH
7	6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud.	1	6.1 Desarrollo e implementación del proceso de carrera pública meritocrática y política remunerativa para los trabajadores del sistema público de salud.	DGGDRH
		2	6.2 Promoción, fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal institucional.	OGRH
5	7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.	1	7.1 Planificación sectorial orientada a reducir las brechas y desarrollo de la programación multianual de inversiones en coordinación con el nivel sub nacional.	OGPPM
		2	7.2 Optimización de la gestión de los recursos presupuestales para la implementación de proyectos de inversión priorizados.	OGPPM
		3	7.3 Disponer de infraestructura tecnológica para fortalecer los sistemas de información de salud y RENHICE.	DGTI
8	8. Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud.	1	8.1 Mejoramiento y fortalecimiento de la gestión del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y alerta temprana.	CDC
		2	8.2 Conducción del planeamiento y seguimiento para la atención integral de emergencias y desastres.	DIGERD





IX. PROYECTOS DE INVERSIÓN

9.1 Transferencias a Regiones e inversión desde el nivel nacional MINSA

Con Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA, se establecieron 748 Establecimientos Estratégicos (EESs Estratégicos) en todo el país, con el objeto de fortalecer el primer nivel de atención (centros de salud local y provinciales) mejorando la infraestructura, equipamiento, dotación de recursos y ampliación de la cartera de servicios en el primer nivel de atención para disminuir la demanda por dolencias menores en los grandes hospitales (regionales y nacionales). El Ministerio de Salud ha revisado la programación de inversión en 263 establecimientos de salud a nivel nacional, una sede administrativa – SIS y una entidad de Gestión de Residuos Sólidos.

Para el año 2017 el sector desarrollará 90 estudios de pre inversión, tendrá aprobado 60 expedientes técnicos e iniciaran operación 52 establecimientos de salud a nivel nacional, para el año 2018 se tendrá 29 PIP viables, 87 expedientes técnicos aprobados y 33 EESS entraran en funcionamiento, y para el año 2019 se tiene programado viabilizar 18 estudios de pre inversión, aprobar 29 expedientes técnicos y poner en operación 25 establecimientos de salud, la distribución por condición de establecimiento se evidencia en el siguiente cuadro:

AÑO	CONDICION	PRE INVERSION	EXPEDIENTE TÉCNICO	ULTIMO AÑO DE EJECUCION	INICIO DE OPERACION
2017	E.E.SS NO ESTRATÉGICO	90	60	32	52
	E.E.SS ESTRATÉGICO			22	23
	HOSPITAL LOCAL	44	23	4	13
	HOSPITAL NACIONAL	1	3		2
	HOSPITAL PROVINCIAL (ESTRATÉGICO)	5	1		2
	HOSPITAL REGIONAL	36	29	3	7
	SEDE ADMINISTRATIVA	4	3	3	5
2018		28	87	26	53
	E.E.SS NO ESTRATÉGICO	1		1	22
	E.E.SS ESTRATÉGICO	12	44	8	4
	HOSPITAL LOCAL	2	1	2	
	HOSPITAL PROVINCIAL (ESTRATÉGICO)	10	33	10	4
	HOSPITAL REGIONAL	4	4	3	3
	HOSPITAL NACIONAL		5	1	
2019	SEDE ADMINISTRATIVA			1	
		18	29	87	25
	E.E.SS NO ESTRATÉGICO		1	1	1
	E.E.SS ESTRATÉGICO	11	12	23	8
	HOSPITAL LOCAL		2		2
	HOSPITAL NACIONAL				1
	HOSPITAL PROVINCIAL (ESTRATÉGICO)	6	10	21	9
	HOSPITAL REGIONAL	1	4	2	3
	SEDE ADMINISTRATIVA				1

El Ministerio de Salud a través de la Oficina de Gestión de Inversiones (OGI – OGPPM – MINSA) ha re-estimado la magnitud de recursos presupuestales para transferencia a regiones que requiere la inversión antes señalada, lo que se presenta a continuación.

TRANSFERENCIAS MINSA A REGIONES PARA INVERSIÓN EN SERVICIOS ESTRATÉGICOS PEI 2017 - 2019

COMPONENTE / ACTIVIDAD (o RUBRO)	2017	2018	2019	TOTAL
Infraestructura y Equipamiento	1,117,775,375	1,554,081,915	2,212,334,850	4,884,192,140
- Transferencia a Regiones	1,117,775,375	1,554,081,915	2,212,334,850	4,884,192,140
TOTAL	1,117,775,375	1,554,081,915	2,212,334,850	4,884,192,140





9.2 Inversión para la implementación de la Carrera pública Meritocrática y la Política Remunerativa

Otro aspecto de suma importancia en la transformación del sector salud está relacionado con la revalorización del recursos humano en salud a través de la implementación de la carrera pública meritocrática y la política remunerativa. A continuación se presenta la estimación del presupuesto requerido para el logro de este objetivo en el periodo 2017 a 2019.

ESTIMACIÓN DE INVERSIÓN ESTRATÉGICA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PEI 2017 - 2019

COMPONENTE / ACTIVIDAD (o RUBRO)	2017	2018	2019	TOTAL
Revalorización de Recursos Humanos				
Componente 1 Formulación e implementación del plan de dotación de recursos humanos en salud acordado con Gobiernos Regionales.	6,418,140	201,557,441	218,915,769	426,891,350
- Actividad 1.1 Implementación del Servicio Civil Especializado.1/	6,037,655	5,897,055	5,777,355	17,712,065
- Actividad 1.2 Incremento de la oferta de plazas del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS.2/		48,310,025	48,310,025	96,620,049
- Actividad 1.3 Dotación de personal de la salud en establecimientos de salud.3/		130,006,796	147,484,824	277,491,620
- Actividad 1.4 Incremento de plazas para la formación de médicos especialistas.4/		16,963,080	16,963,080	33,926,159
- Actividad 1.5 Gestión del Proceso de Adjudicación del SERUMS.	380,485	380,485	380,485	1,141,455
Componente 2 Establecer la Carrera Pública y Política Remunerativa meritocrática para los recursos humanos del sistema público de salud.	664,334,044	664,283,544	664,283,544	1,992,901,133
- Actividad 2.1 Elaboración del marco normativo para la Carrera pública y Política remunerativa.	50,500			50,500
- Actividad 2.2 Incremento del 33.3% de la remuneración cada año al 100% de la PEA de personal de la salud (101,358).5/	578,911,874	578,911,874	578,911,874	1,736,735,622
- Actividad 2.4 Incorporación del 20% de personal de la salud (6,117) bajo el régimen laboral CAS (D. Leg. N° 1057) a la carrera pública (nombramiento) cada año.	85,267,031	85,267,031	85,267,031	255,801,092
- Actividad 2.5 Brindar asistencia técnica para la implementación de la carrera pública y política remunerativa.	104,640	104,640	104,640	313,920
Componente 3 Marco normativo del Proceso de Articulación Docencia-Servicio y gestión del desarrollo de capacidades en salud.	270,000	120,000	150,000	540,000
- Actividad 3.1 Formulación de documento técnico: problemas, perspectivas y formulación técnica del marco normativo del proceso de articulación docencia servicio en salud (incluye: formulación, actualización).	35,000	0	0	35,000





- Actividad 3.2 Formulación y gestión de la oficialización de dispositivos normativos para: 1) regulación del acceso a campos de formación en los servicios de salud; 2) gestión de la capacitación, 3) definición del modelo educativo en salud y 4) gestión del desarrollo de capacidades en salud. Incluye la formulación, actualización, validación en espacios interinstitucionales e implementación.	200,000	120,000	150,000	470,000
- Actividad 3.3 Formulación y validación del documento normativo de gestión de la capacitación y documento normativo del modelo educativo en salud (incluye: reuniones de validación intra y extra institucional, nacional y regional).	35,000	0	0	35,000
Componente 4 Proceso de modernización de la gestión estratégica de los espacios de articulación docencia-servicio en salud.	112,000	95,000	125,000	332,000
- Actividad 4.1 Desarrollo de capacidades de los conductores de los espacios de articulación docencia servicio en salud (incluye: planificación, ejecución y sistematización).	20,000	30,000	45,000	95,000
- Actividad 4.2 Diseño del sistema aplicativo informático: gestión de los espacios de formación docencia servicio de salud (incluye: formulación, actualización, validación e implementación).	35,000			35,000
- Actividad 4.3 Implementación del registro nacional del proceso de articulación docencia servicio en salud RENADS (Incluye: talleres de capacitación a nivel nacional)	57,000	65,000	80,000	202,000
Componente 5 Nodos macrorregionales de articulación docencia-servicio en salud.	195,000			195,000
- Actividad 5.1 Determinación de criterios para la selección, instalación y funcionamiento de nodos macro regionales para el desarrollo de la articulación docencia servicio en salud (incluye: conformación de nodos de educación permanente en salud, para la implementación de los programas estratégicos de capacitación).	195,000			195,000
Componente 6 Plan Nacional de Desarrollo de Capacidades - PLANDES 2017 - 2021.	215,000			215,000
- Actividad 6.1 Actualización, validación social e implementación del plan nacional de desarrollo de capacidades - PLANDES 2017 -2021 (Incluye: validación de 06 programas estratégicos de capacitación)	180,000			180,000
- Actividad 6.2 Gestión para la oficialización del PLANDES.				
- Actividad 6.3 Elaboración del diseño del aplicativo del sub sistema de información del desarrollo de capacidades en salud.	35,000			35,000
Componente 7 Diseño de Programas Estratégicos de capacitación.	135,000	152,000	140,000	427,000





- Actividad 7.1 Formulación de 04 programas educativos (desarrollo de contenidos y virtualización: 1.- promoción de vida saludable, prevención, control y tratamiento de HTA-DM-otras asociadas; 2.- promoción de buena nutrición y prevención, control y tratamiento de la desnutrición y anemia; 3.- prevención y tratamiento de la discapacidad; y, 4.- atención pre hospitalaria de emergencias (resucitación, identificación de riesgos, priorización, estabilización y traslado de pacientes críticos, entre otros aspectos) y validación social de 06 programas estratégicos de capacitación.	120,000	120,000	120,000	360,000
- Actividad 7.2 Articulación educación-salud para la incorporación de los programas estratégicos diseñados en el mercado educativo en salud.	15,000	32,000	20,000	67,000
Componente 8 Nodo Perú del campus virtual de salud pública implementado.				
- Actividad 8.1 Elaboración del plan de trabajo, conformación oficial, instalación y funcionamiento del Comité del Nodo Perú del campus virtual de salud pública.				
Componente 9 Programas estratégicos de capacitación ejecutados.	608,937	2,450,748	3,653,622	6,713,306
- Actividad 9.1 Conformación de nodos de educación permanente en salud en 06 regiones priorizadas para la implementación de los programas estratégicos de capacitación.				
- Actividad 9.2 Ejecución de 07 programas estratégicos de capacitación en salud (Incluye: ejecución de capacitaciones en la modalidad semi presencial con soporte tutorial local, dirigido a profesionales y técnicos del primer nivel de atención.- 2017: 15% de 5 regiones priorizadas. 2018: 15% adicionales de las 5 regiones priorizadas + 15% de 15 otras regiones; 2019: 15% más de 5 regiones priorizadas + 15% de 15 otras regiones + 15% de las 10 regiones restantes)	608.937	2,435,748	3,653,622	6,698,306
- Actividad 9.3 Desarrollo de alianzas Interinstitucionales nacionales e internacionales.		15,000		15,000
Componente 10 Supervisión, monitoreo y evaluación.	56,700	50,000	50,000	156,700
- Actividad 10.1 Supervisión, monitoreo y evaluación de sedes docentes asistenciales, en el marco del proceso de articulación docencia y servicio en salud e implementación del PLANDES.	30,500	30,000	30,000	90,500
- Actividad 10.2 Supervisión, monitoreo y evaluación de la implementación de los nodos de educación permanente en salud en regiones y Nodo Perú del campus virtual de salud pública.	26,200	20,000	20,000	66,200
TOTAL	672,344,822	868,708,733	887,317,935	2,428,371,490
	2017	2018	2019	TOTAL
1/PEA: 500 médicos especialistas (costeo por 02 meses por inicio del servicio en noviembre de cada año)				
2/PEA SERUMS: 1500 (costeo equivale de mayo a diciembre por inicio del SERUMS)				
3/EESS según año de inauguración (16 en 2018: PEA 2792, 26 en 2019: PEA 3156)				
4/PEA residenciado: 450 modalidad libre y 250 modalidad cautiva (costeo de julio a diciembre por inicio de residenciado)				
5/ Corresponde al monto diferencial de la actual valorización principal y la propuesta de nueva remuneración. No incluye la continua para los años siguientes. Solo personal de la salud (valorización principal)				



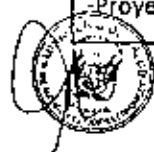


9.3 Inversión en Tecnologías de la Información y Comunicación

Otro aspecto crítico para la transformación del sistema de salud que acerque o facilite el acceso a servicios públicos de salud a los ciudadanos es lo relacionado al uso de Tecnologías de la Información. Existen iniciativas como teleconsulta, diagnóstico por imágenes y citología clínica, el uso de sistemas informáticos para registros médicos de distinto tipo, entre otros. La Oficina General de Tecnologías de la Información estima el siguiente monto de inversión para el periodo trienal 2017 - 2019.

ESTIMACIÓN DE LA INVERSIÓN EN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN 2017 - 2019

COMPONENTE / ACTIVIDAD	2017	2018	2019	TOTAL
Componente 1.- Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública.				
1.1 Fortalecimiento del Marco normativo vigente del Sector Salud en: Prioridades sanitarias, aseguramiento, inversiones, carrera pública y política remunerativa	177,000	65,000	65,000	307,000
Actividad 1.1.1 - Documentos normativos formulados, validados aprobados, difundidos, implementados y evaluados en materia de desarrollo de tecnologías de la información de salud, estadística, gobierno electrónico y su operatividad en el Sector Salud, en concordancia con las políticas nacionales.	127,000	15,000	15,000	157,000
Actividad 1.1.2 - Conducir los procesos de administración de tecnologías de la información	50,000	50,000	50,000	150,000
1.7 Desarrollo e Implementación del Gobierno Electrónico en Salud	340,000	280,000	240,000	860,000
Actividad 1.7.1 - Preparación de los Sistemas Informáticos para ser interoperable	50,000	40,000	50,000	140,000
Actividad 1.7.2 - Implementación y administración de los sistemas en línea en Hechos vitales y sistemas nominales (Padrón Nominal).	100,000	100,000	50,000	250,000
Actividad 1.7.3. - Asistencia Técnico al sector salud, en hechos vitales y sistemas nominales.	150,000	100,000	100,000	350,000
Actividad 1.7.4. - Implementación de los Datos Abiertos del MINSA	30,000	30,000	30,000	90,000
Actividad 1.7.5.- Continuidad operativa de las aplicaciones.	10,000	10,000	10,000	30,000
1.8 Fortalecimiento de los Sistemas Administrativos	1,500,000	100,000	100,000	1,700,000
Actividad 1.8.1 - Proyecto "Cero Papel"	1,500,000	100,000	100,000	1,700,000





Componente 4: Garantizar y mejorar de forma continua la calidad de atención de los servicios de salud.	2,077,600	3,704,000	1,716,800	7,498,400
4.2.- Optimización los procesos vinculados a Telesalud	28,800	32,000	38,400	99,200
Actividad 4.2.1 - Asistencia Técnico para la implementación de las Redes de Telesalud en las regiones.	28,800	32,000	38,400	99,200
4.3 Optimización los procesos vinculados Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (HCE)	1,020,000	1,830,000	830,000	3,680,000
Actividad 4.3.1 - Diseño e implementación del Registro de Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE)	500,000	1,500,000	500,000	2,500,000
Actividad 4.3.2 - Desarrollo de Historias Clínicas Electrónicas para el primer y segundo nivel de atención	400,000	200,000	200,000	800,000
Actividad 4.3.3 - Asistencia técnica para la Implementación Historias Clínicas Electrónicas - HCE en los Establecimientos de Salud (EESS)	50,000	50,000	50,000	150,000
Actividad 4.3.4 - Asistencia técnica para la optimización, oportunidad del registro, calidad del dato y análisis de Información, en concordancia con los a las necesidades institucionales y sectoriales.	50,000	60,000	60,000	170,000
Actividad 4.3.5 - Evidencia científica e Información disponible para la toma de decisiones.	20,000	20,000	20,000	60,000
Componente 8.- Fortalecer la capacidad resolutive y de respuesta del Sistema de Salud modernizando la Infraestructura y el equipamiento				
8.4 Optimizar la Infraestructura tecnológica para los sistemas de información de salud y RENHICE	29,914,150	7,125,200	7,150,200	44,189,550
Actividad 8.4.1 - Diseño del Plan de implementación del RENHICE	100,000	50,000	50,000	200,000
Actividad 8.4.2 - Mejoramiento de la Red Informática, Telecomunicaciones y Equipamiento Informático.	24,329,10	2,000,000	2,000,000	28,329,100
Actividad 8.4.3 - Soporte Informático y Asistencia Técnica para la Infraestructura Tecnológica	5,485,050	5,075,200	5,100,200	15,660,450
TOTAL	32,979,950	9,432,200	8,423,600	50,835,750



9.4 Estimación de Inversión Total en el periodo 2017 - 2019

A continuación se presenta el monto total de inversión que para los objetivos estratégicos del MINSA se requeriría en el periodo 2017 – 2019. El primer componente vinculado a las transferencias que el MINSA realiza a regiones para construcción y equipamiento de establecimientos identificados como estratégicos, y el segundo para la implantación de un régimen de carrera pública meritocrática y política remunerativa que revaloriza al personal de salud.

**TABLA RESUMEN DE MONTO DE INVERSIÓN ESTRATÉGICA
PEI MINSA 2017 - 2019**

COMPONENTE	2017	2018	2019	TOTAL
TRANSFERENCIA PARA INVERSIONES				
Infraestructura y Equipamiento	1,117,775,375	1,554,081,915	2,212,334,850	4,884,192,140
REVALORIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD				
Carrera pública meritocrática y política remunerativa	672,344,822	868,708,733	887,317,935	2,428,371,490
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
Telesalud y Registro Clínico y administrativo	32,979,950	9,432,200	8,423,600	50,835,750
TOTAL	1,823,100,147	2,432,222,848	3,108,076,385	7,363,399,380

A



X. MATRIZ DE ARTICULACIÓN CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

PESEM - OBJETIVO ESTRATÉGICO SECTORIAL				PESEM - ACCIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL				PII - OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL			
OBJETIVO ESTRATÉGICO SECTORIAL	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META	ACCIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META	OBJETIVO / ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META
Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la Población.	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	73,7%	90,0%	Fortalecer la Autoridad Sanitaria	Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales	1	8	1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública.	Porcentaje de satisfacción de usuarios de los servicios otorgados por el MINSA	ND	80%
									Porcentaje de avance en la implementación de la Modernización de la Gestión Pública en Salud.	ND	60%
								2. Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud.	Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos (PMDI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y AEDES con una disponibilidad mayor igual a 2 meses.	65%	75%
								5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud	Densidad de RRHH del sector salud x10mil hab nacional y regional y niveles de pobreza.	29,9	32,3
									Porcentaje de RRHH del MINSA y GORES que permanece al menos tres años en el primer nivel de atención	65,8%	81%
								6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud.	Porcentaje de personal de servicios públicos de salud en régimen meritocrático de carrera pública y política de escala salarial	0%	50%
				Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos.	Tiempo de espera en consulta ambulatoria	104 min	45 min	3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.	Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa (días)	ND	15
					Informe anual de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública	0	1		Porcentaje de avance en la implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes.	ND	100%
				Reforzar los arreglos inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial	Número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas las Políticas")	2	5	1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública.	Participación del Sector Salud en las mesas de diálogo para la atención y prevención de conflictos sociales que existen en el país.	80%	90%
									Porcentaje de instituciones de salud que cumplen el mínimo estándar del 60% en el cumplimiento de los Convenios de Gestión.	77,5%	90%



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	80%	97%	Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población.	Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud	73%	90%	4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud.	Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud.	75.8%	90%	
				Expandir la Oferta de servicios de salud	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud	34%	65%	3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.	Porcentaje de satisfacción de usuarios por establecimiento de salud.	40%	85%	
				Modernizar la gestión de los servicios de salud					Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa (días)	ND	15	
				Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria.					Porcentaje De niños menores de tres años de edad que viven con la madre y que recibieron alimentos ricos en hierro	67.1%	90%	
									Porcentaje de niñas de quinto grado de primaria con vacunas completas VPM (2 dosis)	36%	90%	
									% de mujeres con diagnóstico de cáncer cervical mediante autotoma que reciben tratamiento	58.2%	80%	
									% de reducción de casos de malaria (vivax y falciparum), respecto al basal	56,560	75%	
									7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.	Porcentaje de establecimientos estratégicos que incrementan en al menos 50% su capacidad resolutoria	ND	21%
										Número De camas hospitalarias x mil habitantes	1.56	1.8
				Porcentaje de establecimientos de nivel hospitalario que cuentan con equipamiento mínimo según normatividad						ND	50%	
8. Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud.	Número de regiones que fortalecen sus capacidades de preparación, respuesta y rehabilitación en salud, frente a emergencias y desastres.	ND	23									
	Mejorar la salud de la población	Razón de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA)	192.5 años por mil habitante	172.5 años por mil habitante	Reducir la Mortalidad Materna e Infantil	Razón de Mortalidad Materna	93	80	1.5 Mejorar la calidad y eficiencia del gasto y la gestión de los Programas Presupuestales en el sistema de salud	Porcentaje de programas presupuestales del sector salud que cumplan al 90% de sus metas físicas programadas.	7.0%	90.0%
						Tasa de mortalidad de menores de 5 años	20	16	2.1 Optimización de los procesos vinculados a la cadena de abastecimiento de suministro centralizado.	Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de suministro centralizado distribuidos (PD) por trimestre de forma oportuna según requerimientos confirmado de las DISA/DIRESA/GERESA.	75%	90%
	Reducir la desnutrición Infantil y anemia	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica	14.4	12.0	3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.	Porcentaje de iPRESS que implementan buenas prácticas mediante mejoramiento continuo de la Calidad en Salud.	ND	80%				
Proporción de niños de 6 m a 36 m de edad con anemia		43.5%	30%	4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en	Porcentaje de población objetivo afiliada al seguro integral de salud.	43.4%	87%					





"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

				salud.			
Disminuir las enfermedades transmisibles	Tasa de incidencia de Tuberculosis por 100 mil habitantes	87.5	75.5	5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud	Densidad de RRHH del sector salud x10mil hab nacional y regional y niveles de pobreza.	29.9	32.3
	Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo	5.2	5.0		Porcentaje de RRHH del MINSA y GOREs que permanece al menos tres años en el primer nivel de atención	65.8%	81%
Controlar las enfermedades no transmisibles	Porcentaje de personas mayores de 15 años que reportan DBT-M	2.9%	2.0%	7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.	Número de camas hospitalarias x mil habitantes.	1.56	1.8
	Tasa de mortalidad por Cáncer por 100 mil habitantes	107	(*)				
	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectados en servicios de salud mental	15.0%					
	Porcentaje de mujeres de 30 - 59 años que se realizan prueba PAP en últimos seis meses	77.9%	(**)				
Reducir los riesgos, daños y/o lesiones originados por factores externos	Tasa de mortalidad por causas externas	69.2%	(***)				

(*) La variación de este indicador se mide en periodos relativamente largos como diez años.

(**) El Ministerio de Salud está desarrollando una política y estrategia de mejora de cobertura para diagnóstico y tratamiento que reemplazará la Prueba PAP por pruebas moleculares e IVA.

(***) Es un indicador para el que no se cuenta meta desde el MINSA.



GLOSARIO DE TÉRMINOS:

Acceso Universal: Acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa

Acceso: Posibilidad de recibir efectivamente un servicio.

Articulación Interinstitucional Horizontal: Es el alineamiento de las acciones entre entidades de un mismo nivel de gobierno; en el nivel nacional, sería entre sectores, y a nivel descentralizado, sería entre gobiernos regionales o entre gobiernos locales

Articulación Interinstitucional Vertical: Es el alineamiento de las acciones entre entidades de distintos niveles de gobierno, nacional, regional y local.

Aseguramiento en Salud (AUS): El Aseguramiento Universal en Salud es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte.

Asociaciones Público Privadas: Son modalidades de participación de la inversión privada en las que se incorpora experiencia, conocimientos, equipos, tecnología, y se distribuyen riesgos y recursos, preferentemente privados, con el objeto de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública o proveer servicios públicos.

Calidad de los servicios de salud: Es el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso

Cartera de servicios: Planificar o estructurar un sistema de prestación de servicios de salud que comprende infraestructura, personal, fondos, información, equipos, suministros, transporte, comunicaciones, orientación y dirección general; cuya finalidad primordial es atender las necesidades de salud de la población y mejorarla.

Ciudadanía Saludable: Ubica al ciudadano y a la ciudadana como el eje de las políticas públicas en salud con la finalidad de garantizar su estado de bienestar en todas las etapas de su vida, sin ningún tipo de discriminación, garantizando así su derecho a la salud.

Cobertura Universal: La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios

Comportamiento: Conjunto de actividades y reacciones adaptativas a los estímulos que provienen del exterior.





Conducción La conducción es un proceso de dirección, liderazgo político y técnico cuyo objetivo es lograr una actuación de gobierno más efectiva en la toma de decisiones hacia la construcción de la viabilidad y la factibilidad de las políticas en salud, fomentando la participación ciudadana.

Control: Acciones preventivas o correctivas que permiten verificar los avances, deficiencias, errores, mejoras y logros respecto a sus objetivos y metas trazadas en los planes establecidos, a través del monitoreo, seguimiento y evaluación, con la finalidad de garantizar la protección en salud del ciudadano y la mejora continua de la gestión.

Coordinación multisectorial e intergubernamental: Son las acciones que realiza el sector Salud en coordinación con otros sectores del Estado, niveles de Gobierno, sociedad civil, sector privado y cooperación internacional

Demanda de financiamiento: Cantidad y calidad de recursos económicos que la población requiere para satisfacer sus necesidades en salud.

Dotación de personal sanitario: El personal sanitario se desempeña correctamente cuando responde a las necesidades y actúa de manera equitativa y eficaz para lograr los mejores resultados posibles en materia de salud, habida cuenta de los recursos disponibles y de las circunstancias en que se encuentra (esto es, que debe haber personal suficiente, equitativamente distribuido, que sea competente, idóneo y productivo).

Entornos saludables: Comprenden los lugares donde viven las personas: su comunidad, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento, ofreciéndoles protección frente a las amenazas para la salud, permitiendo ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud.

Equidad sanitaria: Corregir las desigualdades y diferencias sistémicas en salud entre la población cuando éstas puedan evitarse mediante la aplicación de medidas evitables

Estado de Derecho: Este término hace referencia a las estructuras, las prácticas y los sistemas jurídicos y políticos que condicionan las acciones de un gobierno a fin de proteger los derechos y libertades de los ciudadanos, mantener el orden público y fomentar el funcionamiento efectivo del país.

Estilos de vida saludable: Conjunto de procesos sociales, hábitos, conductas y comportamientos en el individuo o la población que conlleve a la satisfacción de las necesidades humanas para que alcance el bienestar biopsicosocial que se necesita para generar calidad de vida y desarrollo personal

Financiamiento: Conjunto de recursos monetarios y de crédito que se destinarán a una empresa, actividad, organización o individuo para que los mismos lleven a cabo una determinada actividad o concreten algún proyecto.





Financiación de los sistemas de salud: Un buen sistema de financiación de la salud debe recaudar fondos suficientes para que la población pueda tener acceso a los servicios necesarios y estar protegida contra el riesgo de gastos catastróficos y empobrecimiento vinculado al pago de esos servicios. También debe prever incentivos para los prestatarios y los usuarios.

Fiscalización: Acciones que permiten verificar el cumplimiento de la normatividad y determinar las medidas correctivas y/o sanciones correspondientes

Gestión del conocimiento: Incorpora, por un lado, elementos de gestión estratégica, referida ésta a las concepciones y acciones relativas a la creación de conocimientos y a su papel en la generación de competencias esenciales que fortalecen las alternativas de desarrollo; y por otro, a la gestión operativa, que se relaciona con los aspectos de distribución y transferencias de conocimientos básicos o de información que se plantea como una red. Supone la creación e innovación de nuevas y diversas formas de divulgación de información que en definitiva confluyen en las decisiones operantes del conocimiento y facilita el flujo de información entre organizaciones para la formulación de políticas en salud.

Gestión del financiamiento: Generación y manejo eficiente de los recursos financieros en el sistema de salud, a través de la asignación y utilización adecuada de los recursos, con la finalidad de responder a los objetivos establecidos en los planes.

Gobernanza: Manera de gobernar cuyo objetivo es lograr el desarrollo económico, social e institucional duradero, a partir del equilibrio entre el estado, la sociedad civil y el mercado.

Innovación: Búsqueda a través de la investigación de nuevos conocimientos, soluciones o vías de solución, suponen curiosidad y placer por la renovación.

Inocuidad de alimentos: Las enfermedades causadas por alimentos contaminados constituyen un serio problema para la salud de la población. Todos los días, se reportan casos de personas que contraen enfermedades debido a los alimentos o el agua que consumen y que están contaminados por microorganismos, gérmenes peligrosos y/o químicos tóxicos que incluso pueden llegar a causar la muerte. Estas enfermedades representan una grave amenaza para la salud, afectando principalmente a los niños y niñas, mujeres embarazadas, personas inmunosuprimidas y de la tercera edad. El agua y los alimentos son seguros cuando no tienen microbios peligrosos (bacterias, virus, parásitos u hongos), químicos (alérgenos, residuos de medicamentos veterinarios, agroquímicos o toxinas) o agentes físicos externos (tierra, pelo, insectos, etc.) que son un riesgo para nuestra salud. Un alimento seguro es llamado también inocuo.

Investigación e Innovación: Es la actividad dirigida a la generación, creación e implementación de nuevos conocimientos que contribuyan a responder las necesidades identificadas dentro del sistema de salud y de la población. Se refiere al medio de desarrollo y mejora continua de las capacidades de intervención del sistema de salud en la protección de la salud de la población. Se orienta a la búsqueda y obtención de nuevos conocimientos y soluciones a través de la investigación, por lo cual requiere del desarrollo sostenido de mecanismos apropiados de interconexión en redes y transferencia de conocimiento para promover y asegurar progresos en la salud de la población.





Liderazgo y gobernanza: El liderazgo y la gobernanza suponen la existencia de un marco normativo estratégico, acompañado de una supervisión eficaz, así como de la creación de alianzas, el establecimiento de una reglamentación, la atención a la concepción de los sistemas y la rendición de cuentas.

Lineamientos para la conformación de redes: Promover la formación de redes plurales de proveedores, de entidades públicas renovadas y privadas con servicios acreditados y categorizados, fomentando la competencia, eficacia, eficiencia y calidad en la atención de toda la población, sin exclusiones.

Mancomunidad Solidaria de los Fondos: La mancomunidad solidaria de fondos significa la unificación en un fondo único de todos los estamentos del financiamiento (seguridad social, presupuesto estatal, contribuciones individuales y otros fondos), con carácter solidario, es decir, cada quien aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad. En este esquema, el presupuesto público asume las contribuciones para aquellos individuos que no tienen capacidad para aportar (pobres e indigentes).

Modelo de atención: Es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas a la atención de salud del ciudadano con enfoque intercultural que complementándose, organiza y descongestiona el Sistema Nacional de Salud, permitiendo la integralidad de los diferentes niveles de atención de salud.

Modernización de la Gestión Pública: El Estado se orienta al servicio de los ciudadanos y la promoción del desarrollo, y que el ejercicio de la función pública sea eficiente, democrático, transparente, descentralizado y participativo, en el marco de una ciudadanía ejercida a plenitud por las personas.

Organización de los servicios de salud: Planificar o estructurar un sistema de prestación de servicios de salud que comprende infraestructura, personal, fondos, información, equipos, suministros, transporte, comunicaciones, orientación y dirección general; cuya finalidad primordial es atender las necesidades de salud de la población y mejorarla.

Perfil epidemiológico: Recoge el conjunto de situaciones objetivas o características que conforman aquello que se denomina 'la carga de enfermedades' que padece la población en general o grupos específicos: esas características o situaciones objetivas se refieren a la morbilidad, a la mortalidad y a aquellos factores que las determinan.

Planeamiento de salud: Es una acción organizadora que instrumentaliza las políticas públicas, traducida en programas, proyectos y actividades, con la finalidad de señalar una ruta anticipándose y previniendo los riesgos futuros a través de la construcción de una visión estratégica que permita alcanzar los objetivos establecidos.

Planeamiento: es el proceso sistémico construido sobre el análisis continuo de la situación actual y del Pensamiento orientado al futuro, el cual genera información para la toma de decisiones con el fin de lograr los objetivos estratégicos establecidos.





Políticas Multisectoriales: Son aquellas que para su diseño e implementación requieren de la participación de dos o más Ministerios, manteniendo cada uno su rectoría conforme a sus competencias y funciones.

Políticas públicas: Son las respuestas que el Estado puede dar a las demandas de la sociedad, en forma de directrices, normas, programas, proyectos y actividades en el ámbito de la salud.

Prestación de servicios: Los buenos servicios de salud son aquellos que permiten realizar intervenciones de calidad eficaces, seguras, personales o no, destinadas a quienes las necesitan, cuándo y dónde se necesitan, evitando al máximo el desperdicio de recursos.

Prevención primaria de la enfermedad: La prevención primaria de la enfermedad es una estrategia que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Considera al ser humano desde una perspectiva bio psicosocial e implica la identificación e intervención sobre los factores de riesgo.

Productos médicos, vacunas y tecnologías: Un sistema de salud que funcione debidamente tiene que posibilitar un acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnologías de calidad garantizada, seguros y costo eficaces, así como su utilización científicamente racional y costo eficaz.

Redes Integradas de Salud: Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

Regulación: Acción que consiste en someter o sujetar una cosa a determinadas normas o reglas.

Rendición de cuentas: Transparencia y comunicación constante dirigida a la sociedad acerca de la actuación y ejecución de los recursos en salud.

Salud Pública: Es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado. La OPS define a la Salud Pública como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

Servicio de Salud: Conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación.

Sistema de Información en Salud (Sanitario): Un sistema de información sanitaria que funcione debidamente tiene que asegurar la producción, el análisis, la difusión y la utilización de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño del sistema de salud y el estado de salud de la población.





Valor Público remite al valor creado por el Estado a través de servicios, leyes, regulaciones y otras acciones. Se crea valor sobre todo a través de transacciones individuales con los ciudadanos, garantizando sus derechos, satisfaciendo sus demandas y, prestándoles servicios de calidad.

Vigilancia ciudadana: Consiste en la recolección, captación, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, cursos de acción, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública.





ANEXOS

FICHAS TECNICAS DE INDICADORES DE OBJETIVOS Y ACCIONES ESTRATÉGICAS PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL MINSA 2017 – 2019





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
Denominación del indicador		Porcentaje de satisfacción de usuarios de los servicios otorgados por el MINSA	
Definición		Mide la satisfacción de los usuarios en los diversos servicios que otorga el ministerio de salud. Usuarios considerados como: ciudadanos internos, externos, sociedad civil, empresas proveedoras y/o instituciones.	
Formula o Método de cálculo		$SU = (\text{Número de usuarios satisfechos por los servicios otorgados} / \text{Número total de usuarios atendidos}) \times 100$	
Tipo del Indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		Este indicador muestra resultados sobre la calidad de atención que reciben los usuarios en los diversos servicios que otorga el MINSA. Para la medición de este indicador se realizará encuestas dirigidas a los ciudadanos internos, externos, sociedad civil, empresas proveedoras y/o instituciones.	
Limitaciones y supuestos empleados		No contar con presupuesto para realizar la encuesta. Coyuntura política	
Línea de base o valor de base		ND	Año 2016
Valor esperado	2017	60%	
Ahuallizado	2018	70%	
	2019	80%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Encuesta de satisfacción	
Fuente de verificación de indicador		Informes técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGTD	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 1: Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
Denominación del indicador		Porcentaje de avance en la implementación de la Modernización de la Gestión Pública en Salud.	
Definición		Medirá el proceso de modernización de la gestión pública, el cual estará basado en el modelo de gestión para los resultados al servicio de los ciudadanos, basados en los cinco pilares y tres ejes transversales de la modernización del estado. Se elaborará un instrumento para el recojo de datos y la medición se ponderará por pilares y acciones transversales.	
Formula o Método de cálculo		$\text{Grado de avance} = \left(\frac{\text{Número de pilar que se implemente}}{\text{total de pilares de la modernización del estado}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional	
Justificación		La política nacional de modernización de la gestión pública es el principal instrumento orientador de la modernización del estado. Establece la visión, los principios y lineamientos para una actuación coherente y eficaz del sector Público al servicio de los ciudadanos y el desarrollo del país	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base		ND	AÑO 2016
Valor esperado	2017	20%	
Anualizado	2018	40%	
	2019	60%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Informes de implementación	
Fuente de verificación de indicador		Informes del Área Usuaria	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGPPM	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 2. Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud	
Denominación del indicador		Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos (PMDI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y REDES con una disponibilidad mayor igual a 2 meses.	
Definición		Se refiere a la medición del stock mínimo (2 meses) de los medicamentos e insumos estratégicos para las prioridades sanitarias en las DISA/DIRESA/GERESA y REDES. Se elaborará un catálogo por nivel de establecimiento y según prioridad sanitaria en DISA/DIRESA/GERESA y REDES.	
Formula o Método de cálculo		$\text{PMDI} = \left(\frac{\text{Numero de medicamentos e insumos a nivel de DISA/DIRESA/GERESA y REDES, con una disponibilidad mayor igual a 2 meses}}{\text{Numero de medicamentos e insumos priorizados según catálogo}} \right) \times 100$	
Tipo del Indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional/Hospitales/Redes	
Justificación		Indicador permitirá poder medir el porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos(PMDI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y REDES con una disponibilidad mayor igual a 2 meses, el mismo que permitirá mejorar el acceso de la población; la cual estará medido en función a las prioridades nacionales y regionales.	
Limitaciones y supuestos empleados		Información Limitada / Falta de recursos Coyuntura política y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base		65%	AÑO 2016
Valor esperado	2017	65%	
Anualizado	2018	70%	
	2019	75%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Mensual/Trimestre/Semestral/Anual	
Fuente de Datos		ICI, IDI	
Fuente de verificación de indicador		Informe de CENARES	
Órgano y Entidad responsable de la medición		CENARES	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 3: Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud	
Denominación del indicador		Porcentaje de satisfacción de usuarios por establecimiento de salud	
Definición		Mide la satisfacción de los usuarios en los servicios (consulta externa, hospitalización, emergencia) que otorga las IPRESS	
Fórmula o Método de cálculo		$SU = \left(\frac{\text{Número de usuarios satisfechos por los servicios otorgados en consulta externa, hospitalización, emergencia}}{\text{Número total de usuarios encuestados en consulta externa, hospitalización, emergencia de la IPRESS}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importante de prestar servicios de buena calidad. Este indicador muestra resultados sobre la calidad de atención que reciben los usuarios en los diversos servicios que otorga los establecimientos de salud (consulta externa, hospitalización, emergencia). Para la medición de este indicador se realizara encuestas dirigidas a los ciudadanos que hacen uso de los servicios. Se diseñara instrumentos de recojo de información.	
Limitaciones y supuestos empleados		No contar con presupuesto para realizar la encuesta, recurso humano, logística Coyuntura política	
Línea de base o valor de base		40%	Año 2016
Valor esperado	2017	45%	
Anualizado	2018	55%	
	2019	65%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Informe técnico de la IPRESS	
Fuente de verificación de indicador		Informes técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DIGEPRES	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.
Denominación del indicador	Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa (días).	
Definición	Medición del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa en establecimientos de salud hospitalarios.	
Formula o Método de cálculo	Tiempo promedio de programación de cita en consulta externa (días)	
Tipo del indicador	Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica	Nacional	
Justificación	La mejora en la calidad de las prestaciones de los servicios de salud del país es una exigencia constante de la población. Conseguir una cita para atención médica no siempre es una tarea sencilla. Así, los usuarios que no obtuvieron cita para el día en que la solicitaron, en promedio, esperan 18 días para obtenerla (INEI 2015); a diferencia del estudio del 2014, que fue 17 días. Con este indicador se espera adicionalmente promover que se implemente un sistema de Citas que refleje una forma diferente de acceder a las atenciones ambulatorias ordenando el proceso de atención, con el otorgamiento de citas en vez de otorgamiento de ticket con cupos de atención, haciendo entre otras que estas sean más mas personalizadas con respecto del profesional que el usuario escoge y tomar las decisiones de gestión que generen los cambios para disminuir los tiempos de espera para una cita de atención especializada.	
Limitaciones y supuestos empleados	Coyuntura política y/ desastres naturales /Recursos financieros, insumos	
Línea de base o valor de base		N/D AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017	18 días
	2018	17 días
	2019	15 días
Unidad de Medida	días	
Periodicidad de las mediciones y reporte	Anual	
Fuente de Datos	Encuesta / Informe de IPRESS	
Fuente de verificación de indicador	Informe Técnico de la IPRESS	
Órgano y Entidad responsable de la medición	DIGEPRES	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud
Denominación del indicador	Porcentaje de niños menores de tres años de edad que viven con la madre y que recibieron alimentos ricos en hierro	
Definición	Indicador dirigido a fortalecer la alimentación saludable en menores de 03 años de edad a nivel nacional, considerando para ello el incremento de consumo de alimentos ricos en hierro, que incluye carne roja y vísceras, pescado, aves y huevos, en niños/as menores de tres años de edad durante el día o la noche anterior a la entrevista. Para el logro de este indicador se elaborará una relación de actividades integradas a un documento elaborado por el Ministerio de Salud, cuya implementación se acuerda en el marco de la gestión territorial con los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales para promover la alimentación saludable dirigido a los niños/as menores de tres años de edad, en un tiempo de 10 meses continuos y con cumplimiento del 90% de actividades programadas El documento acordado con la Dirección/Gerencia Regional de Salud y/o el Gobierno Local se implementará a través de un plan, programa o proyecto aprobado por Resolución u Ordenanza, este documento detalla zonas de intervención, público objetivo, actividades, indicadores y presupuesto.	
Fórmula o Método de cálculo	$EVS = \left(\frac{\text{Número de niños/as menores de tres años de edad que recibieron alimentos ricos en hierro}}{\text{Total de niños/as de tres años de edad de madres entrevistadas}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador	Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica	Nacional	
Justificación	La malnutrición es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; el embarazo adolescente; los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos, por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, e infecciones repetidas y severas. Actualmente en el Perú el 43.5% de los niños, de 6 a 35 meses, sufre de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51.1% y a la urbana el 40.5%. Estamos hablando de 620 mil niños menores de 3 años anémicos de 1.6 millones a nivel nacional y de 410 mil niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica. El Estado Peruano se ha impuesto como objetivo reducir al 19% este mal silencioso entre niños menores de 3 años, y la desnutrición crónica, al 6.4%, entre niños menores a 5 años, a través de un Plan Nacional de lucha contra la anemia, entre el presente año hasta 2021	
Limitaciones y supuestos empleados	C coyuntura política/limitado recursos financieros	
Línea de base o valor de base	87.1% (2015)	
Valor esperado	2017	72%
Anualizado	2018	76%
	2019	80%
Unidad de Medida	Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte	Anual	
Fuente de Datos	Encuesta ENDES	
Fuente de verificación de indicador	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud	
Órgano y Entidad responsable de la medición	DGPSGT	



OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 3: Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud
Denominación del indicador	Porcentaje de niñas y adolescentes del quinto grado de primaria con vacunas completas (dos dosis) contra el Virus del Papiloma Humano (VPH.)	
Definición	Mide el % de Niñas y Adolescentes del 5to grado de primaria que completaron el esquema de vacunación con 2da dosis de vacuna contra el Virus del papiloma Humano (VPH).	
Fórmula o Método de cálculo	$\frac{\text{Nº de Niñas del 5to grado de primaria con 2da Dosis de vacuna VPH}}{\text{Total de niñas matriculadas del 5to grado de Educación Primaria de la Fuente Padrón}} \times 100$	
Tipo del indicador	Nominal (MINEDU) Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica	Nacional	
Justificación	Toda la evidencia científica actual muestra que la causa principal del cáncer de cuello uterino es la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH). Actualmente el cáncer de cuello uterino, representa la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres del país. La vacuna previene el 70% del cáncer del cuello uterino pues produce defensas contra los dos virus VPH que más cáncer de cuello uterino producen, el virus 16 y 18. La incorporación de la vacuna contra el virus del papiloma humano es una medida clave desde el año 2011, para contribuir a disminuir en la población femenina de niñas (a partir de 9 años) y adolescentes el riesgo de desarrollar en el futuro cáncer de cuello uterino. Considerando lo siguiente: 1ra dosis: al primer contacto con el servicio de salud 2da dosis: a los 6 meses de la 1era dosis.	
Limitaciones y supuestos empleados	- La OGTI captará este dato basado en el aplicativo WEB de VPH - Que los establecimientos de salud no puedan ingresar al aplicativo por: falta de recursos humano, conectividad para el internet - Coyuntura política/desastres naturales	
Línea de base o valor de base	Año 2016, cobertura de vacunación con terceras dosis contra el virus del Papiloma Humano : 36%*	
Valor esperado	2017	Cobertura de vacunación con segundas dosis contra el virus del Papiloma Humano 90%
Actualizado	2018	Cobertura de vacunación con segundas dosis contra el virus del Papiloma Humano 90%
	2019	Cobertura de vacunación con segundas dosis contra el virus del Papiloma Humano 90%
Unidad de Medida	Niña protegida	
Periodicidad de las mediciones y reportes	Trimestral/Semestral/Anual	
Fuente de Datos:	- Numerador: Actualmente se recoge de la base de datos del aplicativo de VPH - Denominador: Población (NEI)	
Fuente de verificación de indicador	Informe técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición	DGIESP/Inmunizaciones	

*La línea de base en el año 2016, se considera las 3eras dosis de vacunación contra el VPH.





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud.	
Denominación del indicador		Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud	
Definición		Se refiere a la medición de la población que cuenta con un seguro de salud (EsSalud, Seguro Privado de Salud, Entidad prestadora de salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro integral de salud, Seguro Universitario, Seguro escolar privado, etc.) entre el total de la población residente en el país.	
Fórmula o Método de cálculo		= Personas que están afiliadas a un seguro de salud / Personas encuestadas de la Encuesta Nacional de Hogares x 100	
Tipo del Indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional / Regional	
Justificación		El Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, señala que el aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad sobre la base del PEAS. Asimismo, el reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, señala que los asegurados o afiliados son las personas radicadas en el país que está bajo la cobertura de alguno de los regímenes del AUS, y que la adscripción de un asegurado se realiza a un plan de aseguramiento en salud y a una IAFAS. Además, el precitado reglamento señala que el MINSA ejerce rectoría en el sector salud sobre todos los involucrados en el aseguramiento universal y tiene competencia para supervisar, monitorear y evaluar el avance del proceso de aseguramiento en salud.	
Limitaciones y supuestos empleados		Información limitada Coyuntura política y/o desastres naturales.	
Línea de base o valor de base		75,8%	Trimestre julio a setiembre de 2016
Valor esperado Anualizado	2017	78%	
	2018	84%	
	2019	90%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Trimestral / Anual	
Fuente de Datos		Base de datos de la ENAHO - INEI	
Fuente de verificación de indicador		Boletín Condiciones de vida en el Perú del INEI	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGAS	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud	
Denominación del indicador		Densidad de RRHH del sector salud x10mil habitantes	
Definición		Se refiere al cálculo de la tasa entre el número de médicos cirujanos, enfermeros y obstetras que en un determinado año laboran en el sector salud, expresado por 10 000 habitantes.	
Formula o Método de cálculo		DENSIDAD = (Numero de médicos + enfermeros + obstetras / Población total de un país en el año) x 10 000 hab.	
Tipo del indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional/Niveles de Pobreza	
Justificación		La Organización Mundial de la Salud – OMS, estableció en 2006, que una Densidad de Recursos Humanos en Salud mayor a 25.0 por cada 10 000 habitantes garantizaba el logro de objetivos sanitarios priorizados como son la cobertura de inmunizaciones y partos institucionales. Desde entonces, este indicador ha sido utilizado como el patrón de referencia estandarizado para la evaluación de la disponibilidad y dotación de los recursos humanos a nivel regional, nacional e internacional.	
Limitaciones y supuestos empleados		Información limitada e inoportuna de las regiones Coyuntura política y/o desastres naturales	
Línea de base o valor de base		29.9	AÑO 2016
Valor esperado	2017	30.7	
Anualizado	2018	31.5	
	2019	32.3	
Unidad de Medida:		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Trimestre/Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Registro Nacional de Personal de la Salud del Ministerio de Salud -RNPSMS Población proyectada – INEI.	
Fuente de verificación de indicador		Informes técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGGDRH	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud	
Denominación del indicador		Porcentaje de RRHH del MINSA y GORES que permanece al menos tres años en el primer nivel de atención	
Definición		Se refiere al número de profesionales asistenciales que laboran de manera continua en el primer nivel de atención por un periodo de tiempo de tres años.	
Formula o Método de cálculo		RH = (Número de profesionales asistenciales del primer nivel de atención con tres años de continuidad laboral al año de evaluación / Número de profesionales asistenciales del primer nivel de atención del año de evaluación) x 100	
Tipo del indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Región	
Justificación		Uno de los objetivos del Ministerio de Salud es fortalecer la atención en el primer nivel de atención, basados en el enfoque de equidad, tomando en cuenta el acceso universal, y garantizando la calidad de la atención. Para ello se vienen formulando políticas de atracción y retención de recursos humanos en este nivel de atención, por cuanto es necesario evaluar el impacto de estas políticas, para este fin se ha visto por conveniente evaluar las citadas políticas en términos de continuidad laboral en el primer nivel de atención.	
Limitaciones y supuestos empleados		Información limitada de las regiones Coyuntura política y/o recursos financieros	
Línea de base o valor de base		65,8%	AÑO 2012/2016
Valor esperado	2017	71%	
Anualizado	2018	76%	
	2019	81%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Registro Nacional de Personal de la Salud – Aplicativo informático INFORHUS	
Fuente de verificación de indicador		Informes técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGGDRH	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud	
Denominación del indicador		Porcentaje de personal de servicios públicos de salud en régimen meritocrático de carrera pública y política de escala salarial.	
Definición		Se considera personal de servicios públicos de salud de la carrera pública y política remunerativa a todos aquellos de los diferentes regímenes laborales que se incorporan al régimen meritocrático de todas las instancias que brindan servicios de salud	
Formula o Metodo de calculo		$REGM = \left(\frac{N^{\circ} \text{ Personal de servicio públicos de salud en régimen meritocrático}}{\text{Total de personal de servicio público en salud}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		La Carrera Pública y Política remunerativa implica: Una Política de compensaciones vinculada a la carrera sanitaria, integración de las diversas bonificaciones e incentivos laborales que conformen las compensaciones. Incluye también todas las etapas de la vida laboral del personal de salud, por lo cual es importante hacer seguimiento a este indicador.	
Limitaciones y supuestos empleados		Información limitada por falta de registro de información Coyuntura política y/o recursos financieros	
Línea de base o valor de base		ND	AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017	10%	
	2018	25%	
	2019	50%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Registro administrativo	
Fuente de verificación de indicador		Informe de evaluación	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGGDRH	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 7: Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad	
Denominación del indicador		Porcentaje de establecimientos estratégicos que incrementan en al menos 50% su capacidad resolutive.	
Definición		Esta referido al incremento de la oferta de nuevos servicios que ofrecerá el establecimiento de salud.	
Formula o Método de cálculo		$\frac{\text{Numero de Nuevos Servicios Ofrecidos}}{\text{Numero de servicios brindados anteriormente}} \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Efectividad	
Nivel de desagregación geográfica			
Justificación		Este indicador medirá la cantidad de nuevos servicios que se han implementando en el establecimiento de salud, con la finalidad de cubrir las necesidades de la población.	
Limitaciones y supuestos empleados		Información limitada por falta de registro de información. Escasos recursos financieros Coyuntura política	
Línea de base o valor de base		ND	AÑO 2016
Valor esperado	2017	7%	
Anualizado	2018	14%	
	2019	21%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Informe técnico	
Fuente de verificación de indicador		Informe técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGPPM/DVMP/SG	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad	
Denominación del indicador		Número de camas hospitalarias x mil habitantes	
Definición		Se medirá el registro de camas disponibles en los hospitales del Ministerio de Salud por la magnitud de enfermos a ser tratados.	
Formula o Método de calculo		$NCH = (\text{Número de camas hospitalarias} / \text{Total de población estimada a tratarse}) \times 1000 \text{ habitantes}$	
Tipo del indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		El indicador nos permite estimar la cantidad de camas disponibles que existen en los hospitales a nivel nacional y regional para atender a la población enferma.	
Limitaciones y supuestos empleados		Información limitada e inoportuna por falta de registro de información. Escasos recursos financieros Coyuntura política/desastres naturales	
Línea de base o valor de base		1.56	AÑO 2016
Valor esperado	2017	1.6	
Anualizado	2018	1.7	
	2019	1.8	
Unidad de Medida		Numero	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Registro de datos de los hospitales HIS	
Fuente de verificación de indicador		Informe técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DIGEPRES	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad	
Denominación del indicador		Porcentajes de establecimientos de nivel hospitalario que cuentan con equipamiento mínimo según normatividad	
Definición		Medirá el proceso de modernización de los establecimientos de salud con equipamiento mínimo y moderno a la vanguardia de la tecnología y la conectividad entre los establecimientos de salud a nivel de redes.	
Formula o Método de cálculo		Equipamiento actual del establecimientos de salud / Equipamiento mínimo requerido según normatividad	
Nivel de desagregación geográfica		Indicador de Resultado Nacional / Regional	
Justificación		El presente indicador permite identificar la brecha del equipamiento de los establecimientos de salud de mayor complejidad en lo referente a reposición, nuevo y mantenimiento y poder realizar estrategias y gestión, para modernizarlos y conectarlos a nivel de redes y nacional.	
Limitaciones y supuestos empleados		- Falta de Pares de la DIGIEM, dificulta las tareas de coordinación para la implementación de Planes de equipamiento. - Inventario (SIGA) deficiente. - Inexistencia de recurso humano capacitado para la evaluación del equipamiento.	
Línea de base o valor de base		176	Año 2016
Valor esperado Anualizado	2017	10%	
	2018	20%	
	2019	20%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Normatividad/ Levantamiento de información en los establecimientos de Salud.	
Fuente de verificación de indicador		Informe de la Regiones/Ejecutoras de Lima Metropolitana	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DIGIEM	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		8. Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud	
Denominación del indicador		Porcentaje de personas con daños a la salud por efecto de eventos adversos, atendidas en las primeras 48 horas.	
Definición		Mide la capacidad de respuesta de los servicios de salud para detectar y atender oportunamente (en las primeras 48 horas) a las personas con daños a la salud por efecto de eventos adversos.	
Formula o Método de cálculo		Número de personas con daños a la salud por efecto de eventos adversos, atendidas en las primeras 48 horas. / Número total de personas con daños a la salud afectadas por eventos adversos X 100	
Tipo del indicador		Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional / Regional	
Justificación		El Perú es un país ubicado en una región de alto riesgo de ocurrencia de desastres naturales, los cuales, a su vez, ocasionan notable impacto en la salud. En ese sentido, el Ministerio de Salud - MINSA en calidad de órgano rector de las políticas públicas en materia de salud y como parte del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD), conduce y propone las acciones que deben desarrollarse para la implementación de los procesos de la gestión del riesgo de desastres, entre los cuales están los procesos de gestión reactiva.	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base		ND	AÑO 2016
Valor esperado	2017	60%	
Anualizado	2018	80%	
	2019	90%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		(Ficha de Evaluación de daños y Análisis de Necesidades)	
Fuente de verificación de indicador		Registro de atenciones de personas con daños a la salud por efecto de eventos adversos, en las primeras 48 horas, de los equipos de respuesta	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DIGERD	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
ACCION ESTRATEGICA	AE 1.1. Actualización y formulación de documentos normativos del Sector Salud	
Denominación del indicador:	Porcentaje de normas implementadas con relación al total de normas aprobadas	
Definición:	Se refiere a la aprobación de las normas producidas en el marco de las Estrategias Sanitarias Nacionales, aseguramiento, inversiones, carrera pública y política remunerativa entre otros que es de prioridad.	
Formula o Método de cálculo:	$NNA = (\text{Número de normas aprobadas} / \text{Número de normas formulada}) \times 100$	
Tipo del indicador:	Indicador de proceso	
Nivel de desagregación geográfica:	Nacional	
Justificación:	Es muy importante contar con el registro de normas aprobadas con la finalidad de hacer seguimiento de las normas formuladas por las unidades orgánicas cuantas se aprueba para su implementación.	
Limitaciones y supuestos empleados:	Información limitada e inoportuna por falta de registro de información Coyuntura política/desastres naturales	
Línea de base o valor de base:	S/D	AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017	30%
	2018	50%
	2019	70%
Unidad de Medida:	Norma	
Periodicidad de las mediciones y reporte:	Anual	
Fuente de Datos:	Registro de normas	
Fuente de verificación de indicador:	Informe técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición:	SG	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública		
ACCION ESTRATEGICA	AE 1.2. Optimización de los mecanismos de coordinación intergubernamental e intersectorial para la articulación de las políticas de salud y gestión de contingencias y conflictos.		
Denominación del indicador	Porcentaje de instituciones con 60% o más de cumplimiento de los indicadores de convenios de gestión		
Definición	Se refiere al cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de las DIRESA/GERESA, Hospitales Especializados e Institutos y Hospitales de Emergencias.		
Formula o Método de calculo	CG = Numero de Instituciones de salud que cumplen el mínimo estándar del 60% en el cumplimiento de los Convenios de Gestión / total de convenios gestionados		
Tipo del indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación geográfica	Nacional/Regional		
Justificación	De acuerdo al marco de los Convenios de Gestión suscritos, conforme al D. Log. 1153, se debe hacer seguimiento y evaluación de las metas, indicadores y compromisos asumidos en los acuerdos tomados en la reunión de Coordinación Inter Gubernamental.		
Limitaciones y supuestos empleados	Coyuntura política y/ desastres naturales		
Línea de base o valor de base	27.5%	AÑO 2016	
Valor esperado	2017	44.4%	
Anualizado	2018	52%	
	2019	61%	
Unidad de Medida	Porcentaje		
Periodicidad de las mediciones y reporte	Anual		
Fuente de Datos	Registros administrativos		
Fuente de verificación de indicador	Informe técnico sobre cumplimiento de Convenios de Gestión		
Órgano y Entidad responsable de la medición	OGPPM		





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública		
ACCION ESTRATEGICA	1.2 Desarrollo e implementación de mecanismos de coordinación intergubernamental para la articulación de las políticas de salud		
Denominación del indicador 1.2.1	Cumplimiento de acuerdos de las mesas de diálogo que son de competencia del MINSA de acuerdo al cronograma.		
Definición	Cumplimiento de acuerdos de las mesas de diálogo para la atención y prevención de conflictos sociales que existen en el país		
Formula o Método de cálculo	$\frac{\text{N° de acuerdos cumplidos de las mesas de diálogo según cronograma, que son competencia del MINSA}}{\text{Total de acuerdos de competencia del MINSA adoptados en las mesas de diálogo}} \times 100$		
Tipo del indicador	Indicador de Producto		
Nivel de desagregación geográfica	Nacional		
Justificación	La mayoría de conflictos sociales se originan por el reclamo de los ciudadanos ante problemas socio ambientales vinculados principalmente a las actividades extractivas, mineras y de hidrocarburos; así como, a la ausencia o débil presencia del Estado donde existen insuficiente cobertura de servicios básicos. En ese sentido, la PCM articula con todos los sectores y conduce los espacios multisectoriales de diálogo para la prevención y atención de conflictos. El cumplimiento unilateral de los compromisos del MINSA no garantiza la resolución de estos conflictos, ya que las negociaciones son por el conjunto de demandas que involucran a otros sectores. Por lo que se planteó el indicador antes descrito.		
Limitaciones y supuestos empleados	Coyuntura política y/		
Línea de base o valor de base	90% 2016		
Valor esperado Anualizado	2017	90%	
	2018	90%	
	2019	90%	
Unidad de Medida	Un informe final		
Periodicidad de las mediciones y reporte	Anual		
Fuente de Datos	Reportes de cumplimiento de acuerdos por las diferentes dependencias del MINSA		
Fuente de verificación de indicador	Informe físico final del MINSA		
Órgano y Entidad responsable de la medición	OGAC		





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
ACCION ESTRATEGICA		AE 1.3. Diseño, desarrollo e implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes y programas del sector salud.	
Denominación del indicador		Nivel de avance en la implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes, para la toma de decisiones	
Definición		Se contará con un sistema de seguimiento para los planes y programas que conduce el MINSA, el cual tendrá módulos según prioridades y se mostrará la información en un tablero de mando. A través del sistema se emitirá reportes de alerta y se formulará recomendaciones a las unidades orgánicas correspondientes para la toma de decisiones.	
Formula o Método de cálculo		Un sistema de seguimiento implementado por módulos	
Tipo del indicador		Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		En el año 2017 se iniciará con el desarrollo del sistema de información para los planes y programas estratégico institucional. Dicho sistema se desarrollará por módulos: Módulo de seguimiento del PEI y POI Módulo de seguimiento de los 14 programas presupuestales. Módulo de seguimiento de los planes y políticas multisectoriales Módulo de seguimiento de los convenios de gestión.	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitado recursos financieros. Coyuntura política/desastres naturales	
Línea de base o valor de base		N/D	AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017	60%	
	2018	90%	
	2019	100%	
Unidad de Medida		Módulos de seguimiento	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Sistema de Seguimiento	
Fuente de verificación de indicador		Informe técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGPPM	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
ACCION ESTRATEGICA		AE1.4. Desarrollo y optimización de la gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional.	
Denominación del indicador		Porcentaje de procesos de la entidad optimizados	
Definición		Indica el nivel de avance en la implementación de acciones de mejora identificadas a través de las Fichas Técnicas a fin de optimizar la gestión.	
Fórmula o Método de cálculo		$PO = \text{Número de procesos optimizados} \times 100 / \text{Número total de procesos identificados en el Ministerio de Salud}$	
Tipo del indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional	
Justificación		La entidad debe conocer cuál es el grado de avance en la implementación de acciones de mejora que repercutan en la optimización del uso de recursos de la entidad.	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política, desastres naturales y/o cambio normativo	
Línea de base o valor de base		S/D	AÑO 2016
Valor esperado	2017	25%	
	2018	75%	
	2019	-	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Informes de implementación	
Fuente de verificación de indicador		Informe técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGPPM	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
ACCION ESTRATEGICA		AE1.4. Desarrollo y optimización de la gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional.	
Denominación del indicador		Grado de implementación del sistema de trámite documentario integrado en el Ministerio de Salud y sus Órganos desconcentrados y adscritos.	
Definición		Formulación e implementación del sistema de trámite documentario integrado en el Ministerio de Salud y sus Órganos desconcentrados y adscritos	
Formula o Método de cálculo		STD = Numero de instituciones implementadas / total de instituciones	
Tipo del Indicador		Porcentaje	
Nivel de desagregación geográfica		Lima	
Justificación		Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por D.S. 007-2016-SA. Decreto Legislativo N° 1246 Que aprueba diversas medidas de simplificación administrativa. Decreto Legislativo N° 1272 Decreto Legislativo que modifica la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y deroga la Ley N° 29060, Ley del Silencio Administrativo	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base		46 INSTITUTUCIONES (Direcciones Generales Órganos desconcentrados, adscritos, hospitales, institutos, Redes, Instituciones de Salud)	
Valor esperado Anualizado	2017	30%	
	2018	40%	
	2019	60%	
Unidad de Medida		Un informe	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Informes de implementación	
Fuente de verificación de indicador		Informes del Área Usaria	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGTD	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 1, Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
ACCION ESTRATEGICA		AE 1.5. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto y la gestión de los Programas Presupuestales en el sistema de salud	
Denominación del indicador		Porcentaje de la variación de la razón de bienes y servicios entre lo programado y lo ejecutado	
Definición		Mide el porcentaje de la variación de la razón de bienes y servicios entre lo programado y lo ejecutado. La razón es la relación entre los bienes y servicios del PIA y la razón entre los bienes y servicios ejecutados. La variación en la diferencia entre la razón ejecutada y la razón del PIA. EL porcentaje de la variación es variación dividida por la razón del PIA y por cien.	
Formula o Método de cálculo		$Ro (PIA) = \text{Pto bienes} / \text{Pto. Servicios}$ $Rf (\text{Ejecutado}) = \text{Pto bienes} / \text{Pto. Servicios}$ $\%VAR = ((Rf - Ro) / Ro) \times 100$ Para la semaforización se considera un rango de la razón ($\% \leq r \leq \%$)	
Tipo del indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		NACIONAL/Piego 11/REGIONAL	
Justificación		Se requiere realizar el seguimiento permanente del POI a fin de verificar el cumplimiento de la ejecución del presupuesto en Bienes y Servicios según la programación presupuestal del piego 11. Para analizar la información se requiere las siguientes fuentes: • Programación en el POA • Programación de B y S en Cuadro necesidades • Base de datos del SIGA logístico, para analizar la ejecución. • Base de datos del SIAF	
Limitaciones y supuestos empleados		• Limitado acceso a la información oportunamente • Coyuntura política/desastres naturales	
Línea de base o valor de base		ND	AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017	10%	
	2018	7%	
	2019	5%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Trimestral/Semestral/Anual	
Fuente de Datos		• Registros del PEI/POI • Cuadro de necesidades – Plan anual de Contrataciones • Reporte SIGA Financiero y Logístico de los Programas Presupuestales	
Fuente de verificación de indicador		Informe técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGIESP/OGPPM	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública		
ACCIÓN ESTRATEGICA	AE 1.6. Desarrollo e implementación del Gobierno Electrónico en Salud		
Denominación del indicador	Porcentaje de sistemas interoperables		
Definición	La interoperabilidad es mecanismo por el cual dos o más sistemas o componentes pueden intercambiar información y utilizar la información intercambiada.		
Formula o Método de cálculo	INTER = (Número de sistemas informáticos del MINSA que interoperan con otro del MINSA / Número de sistemas informáticos del MINSA) x 100.		
Tipo del Indicador	Indicador de Producto		
Nivel de desagregación geográfica	Nacional		
Justificación	El contar con sistemas informáticos interoperables permitirá la optimización de los procedimientos, a través de uso de los datos generados en otros sistemas informáticos. Puntualmente en los sistemas asistenciales, los beneficios son los siguientes: Atención puntual y acertada (el profesional de la salud desde el Sistema de Gestión Hospitalaria podrá acceder a información generada en otros Sistemas asistenciales como: Laboratorio, Imágenes, entre otros). Accesibilidad de la información. Los sistemas de información interoperables, envían y reciben información de forma automática, así el acceso se hace de manera inmediata, optimizando el servicio. Además, con el método tradicional, el paciente es la fuente informativa y su lenguaje no es el mismo de los médicos, perjudicando la veracidad de los antecedentes. Eficiencia en los procesos y reducción de costos Servicio de calidad Compatibilidad de información		
Limitaciones y supuestos empleados	No se disponga de infraestructura adecuada en el MINSA. Limitaciones de recurso financieros/coyuntura política		
Linea de base o valor de base	S/N	AÑO 2016	
Valor esperado	2017	10%	
Anualizado	2018	30%	
	2019	50%	
Unidad de Medida	Sistemas informáticos		
Periodicidad de las mediciones y reporte	Semestral/Anual		
Fuente de Datos	Informes de implementación		
Fuente de verificación de indicador	Informe de valuación		
Órgano y Entidad responsable de la medición	OGTI		





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
ACCIÓN ESTRATEGICA		AE 1.6. Desarrollo e implementación del Gobierno Electrónico en Salud	
Denominación del indicador		Porcentaje de avance en la implementación del Plan Estratégico de tecnologías de la información	
Definición		El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud establece un conjunto de acciones estratégicas a ser ejecutadas en el tiempo (2017-2019), que se requiere monitorear en su avance de ejecución de acuerdo a lo programado.	
Formula o Método de cálculo		PETIC = (N° Acciones Estratégicas ejecutadas según año / N° total de Acciones Estratégicas planificadas en el periodo 2017-2019) x 100	
Tipo del indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional	
Justificación		El Ministerio de Salud, como organismo del Poder Ejecutivo y ente rector del sector salud, diseña, establece, ejecuta y supervisa las políticas nacionales y sectoriales de salud; en este sentido, en el ámbito de sus competencias. El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud es el conjunto de acciones estratégicas que deben ejecutarse a nivel de las Tics para coadyuvar al cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales del Ministerio de Salud plasmados en el Plan Estratégico Institucional y el Plan Estratégico de Gobierno Electrónico.	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitaciones de recursos financieros / coyuntura política.	
Línea de base o valor de base		Nº	AÑO 2016
Valor esperado	2017	40	
	2018	60	
Actualizado	2019	80	
Unidad de Medida		Acción Estratégica	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Informes de evaluación de cumplimiento del PETIC	
Fuente de verificación de indicador		Informes de evaluación de cumplimiento del PETIC	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGTI	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	QEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública		
ACCION ESTRATEGICA	AE 1.7 Optimizar la implementación del Gobierno Abierto y Participación ciudadana en Salud que facilite el acceso a la información pública y transparencia de la gestión.		
Denominación del indicador	Porcentaje de atención de solicitudes de acceso a la información pública atendidas dentro del plazo legal.		
Definición			
Formula o Método de cálculo	$PL = (\text{Número de Solicitudes Registradas} / \text{Número de Solicitudes Atendidas dentro del Plazo legal}) \times 100$		
Tipo del indicador	Indicador de Producto		
Nivel de desagregación geográfica	Nacional		
Justificación	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, promulgada el 02 de agosto de 2003, modificada en febrero de 2003 por la Ley N° 27927. Y el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública aprobado mediante Decreto Supremo N° 043-2003-PCM de fecha 22 de abril de 2003. Decreto Legislativo N° 1353 Que crea la Autoridad Nacional de Transparencia del y Acceso a la Información Pública, Fortalece el Régimen de Protección de Datos Personales y la Regulación de Gestión de Intereses, de fecha 07 de enero de 2016. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública aprobado mediante Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, de fecha 06 de agosto de 2003. Y el Decreto Supremo 070-2013-PCM, de fecha 14 de junio de 2013 que modifica el reglamento. Resolución Ministerial N° 825-2005/MINSA y Resolución Ministerial N° 538-2007/MINSA.		
Limitaciones y supuestos empleados	Coyuntura política y/ desastres naturales		
Línea de base o valor de base	S/D	Año 2016	
Valor esperado	2017	85%	
Anualizado	2018	90%	
	2019	95%	
Unidad de Medida	Un informe		
Periodicidad de las mediciones y reporte	Anual		
Fuente de Datos	Informes de implementación		
Fuente de verificación de indicador	Informes del Área Usaria		
Órgano y Entidad responsable de la medición	OGTD		





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		1. OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
ACCION ESTRATEGICA		AE 1.7. Optimizar la implementación del Gobierno Abierto y Participación ciudadana en Salud que facilite el acceso a la información pública y transparencia de la gestión.	
Denominación del indicador		Porcentaje de avance en la implementación del Plan de Gobierno Abierto del MINSA	
Definición		Formulación e implementación de un Plan Bianual de Gobierno Abierto del MINSA. Nivel inicial: 20% se considera a la formulación y aprobación del plan. Nivel intermedio: 70% Implementación del plan. Nivel avanzado: 100% Implementación del plan.	
Formula o Método de cálculo		$PGA = (Acciones\ implementadas / Total\ de\ acciones\ establecidas\ en\ el\ plan) \times 100$	
Tipo del indicador		Porcentaje	
Nivel de desagregación geográfica		Sectorial	
Justificación		La Alianza para el Gobierno Abierto (AGA) es una iniciativa internacional voluntaria y multisectorial que pretende asegurar compromisos concretos de los gobiernos a sus ciudadanos para promover la transparencia, empoderar a los ciudadanos, luchar contra la corrupción y aprovechar las nuevas tecnologías para fortalecer la gobernabilidad. La consolidación de un Gobierno Abierto aquí en el Perú es un proceso en construcción, que requiere liderazgo y voluntad política, así como del esfuerzo de autoridades, políticos, líderes de la sociedad civil y de toda la ciudadanía, por lo que requiere contar con un plan de gobierno abierto para el accionar del MINSA. La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública aprobada mediante D.S. N°003 – 2013-PCM define como un eje transversal de la modernización al Gobierno Abierto.	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitada información y acciones a nivel sectorial respecto al Gobierno Abierto	
Línea de base o valor de base		S/D	Año 2016
Valor esperado	2017	20%	
Anualizado	2018	70%	
	2019	100%	
Unidad de Medida		Plan	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral	
Fuente de Datos		Informes de acciones de implementación	
Fuente de verificación de indicador		Informe Semestral de evaluación del plan	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGTD	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 1: Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
ACCION ESTRATEGICA		AE 1.8: Fortalecimiento de la participación activa del sector salud en los organismos y espacios internacionales	
Denominación del indicador:		Porcentaje de convenios/actas y/o acuerdos internacionales implementados con seguimiento y evaluación.	
Definición:		Se refiere al cumplimiento e implementación de los convenios/actas y/o acuerdos internacionales firmados por el MINSA. Se debe elaborar un instrumento dinámico de recopilación de la información y actualizarlo considerando todos los convenios, actas o tratados internacionales suscritos.	
Formula o Método de cálculo:		$CONV = \left(\frac{\text{Número de convenios/actas y/o acuerdos internacionales implementados}}{\text{Número total de convenios/actas y/o acuerdos aprobados}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional	
Justificación:		El indicador medirá la implementación de los convenios y/o acuerdos internacionales suscritos en el sector salud. Uno de los acuerdos claves que debemos monitorear son los indicadores formulados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en donde los gobiernos trabajan juntos para responder a los retos económicos, sociales y ambientales. La misión de este acuerdo internacional es promover políticas para alcanzar un crecimiento sostenible de la economía y del empleo, así como una progresión del nivel de vida en los países miembros, manteniendo paralelamente la estabilidad financiera, con el fin de contribuir al desarrollo de la economía mundial.	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base		S/D	
Valor esperado	2017	40%	
Anualizado	2018	60%	
	2019	80%	
Unidad de Medida		Convenios	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Registro de convenios OGCAI	
Fuente de verificación de indicador		Informes técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGCAI	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública	
ACCION ESTRATEGICA	AE1.9. Desarrollo y optimización de la gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional.	
Denominación del indicador	Porcentaje de avance de la implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA	
Definición	Este indicador refiere a la implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA en el marco de lo dispuesto en la Ley N° 30372, Ley de Presupuesto para el Sector Público año 2016, la Directiva N° 013-2016-CG/PROD, que establece los plazos máximos en los que cada entidad debe implementar su SCI, en función al nivel de gobierno, fase y etapa de implementación. Para el caso del MINSA se debe implementar todas sus etapas a finales del 2017. Para el cálculo del indicador tendrá los siguientes niveles: Nivel Inicial (1% -20%), Nivel Intermedio (21% -40%), Nivel Avanzado (41% -60%), Nivel Óptimo (61% -80%)	
Formula o Método de cálculo	Avance en las fases de implementación del control interno monitoreado por la CGR	
Tipo del Indicador	Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica	Nacional	
Justificación	Este indicador debe implementarse en cumplimiento de la Directiva N° 013-2016-CG/PROD, aprobada con RC N° 149-2016-CG, establece el modelo de implementación del Sistema de Control Interno (SCI) en las entidades del Estado (carácter obligatorio), que comprende las fases de planificación, ejecución y evaluación, constituida cada una de ellas por etapas y estas últimas por actividades, las cuales se desarrollan secuencialmente a fin de consolidar el Control Interno de la entidad. El MINSA debe continuar de manera decidida con complementar su Modelo de implementación, observando en qué etapa y fase se encuentran, de tal manera de culminar la implementación oportunamente (Diciembre 2017).	
Limitaciones y supuestos empleados	Limitado recursos financieros Coyuntura política y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base	20%	Año 2016
Valor esperado	2017	40%
Anualizado	2018	60%
	2019	80%
Unidad de Medida	Nivel e implementación	
Periodicidad de las mediciones y reporte	Semestral/Anual	
Fuente de Datos	Sistema de control interno del MINSA	
Fuente de verificación de indicador	Informes de evaluación	
Órgano y Entidad responsable de la medición	SG	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 2. Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud	
ACCION ESTRATEGICA		AE 2.1. Optimización de los procesos vinculados a la cadena de abastecimiento de suministro centralizado.	
Denominación del indicador		Porcentaje de procesos declarados desiertos respecto a los procesos convocados	
Definición		Este indicador medirá el proceso de selección o parte del mismo pueda ser declarado desierto porque existen ciertas situaciones que no permiten que la demanda estatal sea satisfecha.	
Formula o Método de cálculo		$PDD = \left(\frac{\text{Numero de procesos declarados desiertos}}{\text{Total de procesos convocados}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		El indicador de los procesos declarados desiertos básicamente contemplará para el cálculo dos problemas. El primer problema que acarrea un proceso desierto es la duplicación de recursos empleados, en la convocatoria fallida y la que se realizará posteriormente: la pérdida de recursos humanos, temporales y económicos son considerados costos inherentes a los procesos desiertos, que deberían ser minimizados. El segundo, y no menos importante, es la falta de abastecimiento oportuno de bienes y/o servicios que requieren las entidades públicas, lo cual genera que estas no puedan cumplir con sus actividades o brindar los servicios necesarios a la población.	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base		17%	AÑO 2016
Valor esperado	2017	17%	
Añualizado	2018	15%	
	2019	10%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Registro de CENARES	
Fuente de verificación de indicador		Informes técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		CENARES	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 2. Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud	
ACCION ESTRATEGICA		AE 2.1. Optimización de los procesos vinculados a la cadena de abastecimiento de suministro centralizado.	
Denominación del indicador		Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de suministro centralizado distribuido (PD) por trimestre de forma oportuna según requerimientos confirmado de las DISA/DIRESA/GERESA.	
Definición		Se refiere al porcentaje de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos distribuidos oportunamente según requerimiento confirmado.	
Fórmula o Método de cálculo		$PD = (\text{Número de suministros entregados oportunamente} / \text{Total de suministros confirmado trimestrales por DISA/DIRESA/GERESA}) \times 100$	
Tipo del Indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		Es necesario medir la oportunidad de la entrega de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos (PMDI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y REDES, de acuerdo a su programación anual y sus confirmaciones trimestrales. Esto con el objetivo de mejorar la cadena de gestión de suministro hasta la entrega del producto al usuario final.	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base		75%	AÑO 2016
Valor esperado	2017	80%	
	2018	85%	
	2019	90%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Registro de CENARES	
Fuente de verificación de indicador		Informes técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		CENARES	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 2: Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud	
ACCION ESTRATEGICA		AE 2.2. Fiscalización de la cadena logística para el suministro de medicamentos	
Denominación del indicador		Porcentaje de EESS que cumplen buenas prácticas de almacenamiento de suministros médicos en las fiscalizaciones	
Definición		Se busca medir a los establecimientos de salud que cumplen con buenas prácticas de almacenamiento de suministros médicos en las fiscalizaciones. Se busca medir a los establecimientos que por el volumen de medicamentos que administran requieren de un ambiente de almacenamiento, según la normatividad.	
Formula o Método de cálculo		$BPA = (\text{Número de establecimientos de salud que cumplen buenas prácticas de almacenamiento de suministros médicos} / \text{Número total de establecimientos de salud}) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional	
Justificación		Las buenas prácticas de almacenamiento (BPA), constituyen un conjunto de normas mínimas obligatorias de almacenamiento que deben cumplir los almacenamientos de importación, distribución, dispensación y expendio de productos farmacéuticos y afines, respecto a las instalaciones, equipamientos y procedimientos operativos, destinados a garantizar el mantenimiento de las características y propiedades de los productos. Se requiere elaborar un instrumento de recojo de información para lograr este indicador.	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitación de información oportuna Coyuntura política y/o desastres naturales	
Línea de base o valor de base		S/D	Año 2016
Valor esperado Anualizado	2017	20%	
	2018	30%	
	2019	40%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Registro de datos DIGEMID	
Fuente de verificación de indicador		Informes técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DIGEMID	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 3 : Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.	
ACCIÓN ESTRATEGICA		AE 3.1 Desarrollo e implementación del sistema de acreditación de los servicios en las redes de salud.	
Denominación del indicador		Número de IPRESS que cumplen con los estándares de acreditación	
Definición		Se medirá a todas las IPRESS que logran su acreditación según los estándares establecidos para su nivel de atención.	
Formula o Método de cálculo		Número de IPRESS que cumplen con los estándares de acreditación según nivel de atención	
Tipo del Indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional	
Justificación		La acreditación es el proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; y que está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud (Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud) Base Legal: RM N° 456-2007/MINSA	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitación en el recojo de información y/o existencia de instrumentos de registros de datos. Coyuntura política y/ recursos financieros	
Línea de base o valor de base		S/D	AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017	0	
	2018	8	
	2019	15	
Unidad de Medida		Número	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Informes técnico	
Fuente de verificación de indicador		Informes del Área Usaria	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DIGEPRES	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	OEI 3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.
ACCION ESTRATEGICA	AE 3.2. Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en Lima Metropolitana.
Denominación del indicador	Densidad de incidencia/Incidencia acumulada de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en establecimientos de salud categoría III
Definición	La incidencia mide la velocidad con que se propaga las IAAS (los casos nuevos o incidentes de IAAS durante un periodo de tiempo), a más casos nuevos, más rápida la propagación. Se utiliza densidad de incidencia cuando se mide el número de casos nuevos en una cantidad de persona-tiempo y la incidencia acumulada, cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio por paciente. Los tipos de IAAS corresponde a: Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS), infección del Tracto Urinario (ITU), Neumonía (NEU), Endometritis (END), infección de Herida Operatoria (IHO), según los factores de riesgo como: Catéter venoso central (CVC), catéter venoso periférico (CVP), catéter urinario permanente (CUP), ventilador mecánico (VM), parto vaginal (PV), parto cesárea (PC), colecistectomía (COLE) y hernioplastia inguinales (HI), en los servicios de Neonatología (NEO), Unidad de Cuidados intensivos adultos (UCI), Gineco-obstetricia (GO), Cirugía (CIR) y Medicina (MED)
Formula o Método de cálculo	○ Densidad de incidencia (NIH-VM,ITS-CVC (adultos y neonatos), ITU-CUP): $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de días-procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo}} \times 1000$ ○ Incidencia acumulada (Infección de Sitio Quirúrgico – ISQ): $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo}} \times 100$
Tipo del indicador	Indicador de Proceso
Nivel de desagregación geográfica	Regional/Local
Justificación	Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. La vigilancia y control epidemiológico constituyen una estrategia fundamental para fortalecer la seguridad del paciente. Los siguientes Documentos Normativos tienen relación con la vigilancia, prevención y control de las IAAS o IIH: • Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA. • Norma Técnica N°026-MINSA/OGE-V.01. Norma Técnica de vigilancia, prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA. • Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP V. 01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA.





Limitaciones y supuestos empleados

La disminución de las tasas de densidad de incidencia e incidencia acumulada de las IAAS, requiere del funcionamiento articulado del Sistema de vigilancia, prevención y control a nivel nacional, regional y local.

La prevención y control de IAAS, es una función asignada a la DIGEPRES – DICAS según ROF vigente del MINSA.

La escasa disponibilidad del personal de la salud capacitado, materiales e insumos para la atención de los pacientes, se asocia a un incremento de casos de IAAS.

Línea de base o valor de base

Año 2016

ITS_C VC NEO	ITS_CVP CVP NEO	NEU_VM VM NEO	ITS_CVC CVC UCI	ITU_CUP CUP UCI	NEU_VM VM UCI	END_PV PV GO	END_PC PC GO	IHO_PC PC GO	IHO_COLE COLE CIR	IHO_HI HI CIR	ITU_CUP CUP CIR	ITU_CUP CUP MED
6.94	1.66	2.00	3.07	3.36	9.61	0.22	0.62	1.50	0.19	0.05	2.29	1.86

Valor esperado
Anualizado

2017

ITS_C VC NEO	ITS_CVP CVP NEO	NEU_VM VM NEO	ITS_CVC CVC UCI	ITU_CUP CUP UCI	NEU_VM VM UCI	END_PV PV GO	END_PC PC GO	IHO_PC PC GO	IHO_COLE COLE CIR	IHO_HI HI CIR	ITU_CUP CUP CIR	ITU_CUP CUP MED
6.59	1.77	1.90	2.92	3.19	9.13	0.21	0.59	1.43	0.18	0.05	2.18	1.77

2018

ITS_C VC NEO	ITS_CVP CVP NEO	NEU_VM VM NEO	ITS_CVC CVC UCI	ITU_CUP CUP UCI	NEU_VM VM UCI	END_PV PV GO	END_PC PC GO	IHO_PC PC GO	IHO_COLE COLE CIR	IHO_HI HI CIR	ITU_CUP CUP CIR	ITU_CUP CUP MED
5.93	1.59	1.71	2.62	2.87	8.22	0.19	0.53	1.28	0.16	0.04	1.95	1.59

2019

ITS_C VC NEO	ITS_CVP CVP NEO	NEU_VM VM NEO	ITS_CVC CVC UCI	ITU_CUP CUP UCI	NEU_VM VM UCI	END_PV PV GO	END_PC PC GO	IHO_PC PC GO	IHO_COLE COLE CIR	IHO_HI HI CIR	ITU_CUP CUP CIR	ITU_CUP CUP MED
5.04	1.35	1.45	2.23	2.44	6.96	0.16	0.45	1.09	0.14	0.04	1.66	1.35

Unidad de Medida:

DI: Caso/Días exposición o procedimiento

IA: Tasa

Anual/Semestral

Periodicidad de las mediciones y reporte

Fuente de Datos:

Sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS

Fuente de verificación de indicador

Reporte del sistema de vigilancia

Órgano y Entidad responsable de la medición

CDC





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.
ACCION ESTRATEGICA		AE 3.2. Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en Lima Metropolitana.
Denominación del indicador	Niños (as) menores de dos años con vacunas completas	
Definición	Mantener la eliminación y control de las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.	
Fórmula o Método de cálculo	$\frac{\text{Nº de niñas y niños menores de 2 años que reciben todas sus vacunas según esquema vigente}}{\text{Total de niñas y niños menor de 2 años según Padrón Nominal}} \times 100$	
Tipo del indicador	Indicador de proceso	
Nivel de desagregación geográfica	Nacional	
Justificación	El proceso de inmunización implica un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación de la niña y el niño. Todos los niños y niñas tienen derecho a ser protegidos contra enfermedades prevenibles por vacunas, por lo que contar con vacunas de calidad garantizada y que esta llegue a toda la población peruana es una oportunidad que brinda el estado peruano para lograr justicia e igualdad social. Las Niñas y niños menores de dos años deben recibir las siguientes vacunas: BCG y HvB 3era dosis de vacuna pentavalente, 2da dosis de vacuna contra el Rotavirus, 3era dosis de vacuna Polio 3ra dosis de vacuna Neumococo 2da DPT 2da SPR	
Limitaciones y supuestos asociados	- La OGEI capta el número de vacunados basado en los registros HIS - Padrón nominal no concluido al 100% en los distritos - Coyuntura política/desastres naturales	
Línea de base o valor de base	AÑO 2016. Cobertura de niños menores de dos años con vacuna completa 63.5% *	
Valor esperado	2017	Niño menores de dos años con vacuna completa 95%
Actualizado	2018	Niño menores de dos años con vacuna completa 95%
	2019	Niño menores de dos años con vacuna completa 95%
Unidad de Medida	Niño protegido	
Periodicidad de las mediciones y reporte	Trimestral/Semestral/Anual	
Fuente de Datos	Numerador: Registro nominal de las niñas y niños menor de 2 años vacunados con todas las vacunas correspondientes según edad (BCG y HvB, 3era dosis de vacuna pentavalente, 2da dosis de vacuna contra el Rotavirus, 3era dosis de vacuna Polio, 3ra dosis de vacuna Neumococo, 2da DPT, 2da SPR.)	
Fuente de verificación de indicador	Denominador: Padrón Nominal actualizado y homologado.	
Órgano y Entidad responsable de la medición	DGIESP/Inmunizaciones	

*La línea de base se ha considerado cobertura de niños vacunados con 2da. Dosis de SPR.





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 3: Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud	
ACCION ESTRATEGICA		AE 3.3 Optimización de los procesos vinculados a Tele salud	
Denominación (del indicador)		Número de Gobiernos Regionales que implementan Telesalud-	
Definición		La Red Nacional de Telesalud es el conjunto de IPRESS (definidos por Centro Consultante y/o Centro Consultor) que se articulan funcionalmente a través de acuerdos de carácter institucional o contractual para prestar servicios de Telesalud en sus ejes de desarrollo de Telesalud (la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información educación y comunicación a la población sobre los servicios de salud; y el fortalecimiento de capacidades al personal de salud, entre otros), a su vez orientada al trabajo sistémico de Telesalud y articulada a las Redes de Servicios de Salud.	
Formula o Método de cálculo		REDNT= Número de Gobiernos Regionales que despliegan redes regionales de Telesalud.	
Tipo del Indicador		Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación:		Ley Marco de Telesalud N° 30421 Decreto Legislativo 1303, define que Telesalud es el servicio de salud a distancia prestado por personal de salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles principalmente a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutiva. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la Telesalud, la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información educación y comunicación a la población sobre los servicios de salud; y el fortalecimiento de capacidades al personal de salud, entre otros. Es importante que la implementación de la Telesalud se de en forma planificada, ordenada y que integre las IPRESS de acuerdo a la demanda de los usuarios de salud y a la cartera de servicios de salud disponible. Con este indicador se medirá el nivel en el que las regiones acercan los servicios de salud a la población alejada a través de la Telesalud	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitado Presupuesto. Limitado Personal asistencial y administrativo para la adopción de nuevas tecnologías de la información y de comunicación. Limitado equipamiento informático.	
Línea de base o valor de base		30	AÑO 2016
Valor	2017	4	
esperado	2018	10	
Actualizado *	2019	20	
Unidad de Medida		Número	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Base de Datos de la Red Nacional de Telesalud	
Fuente de verificación de indicador		Informe de evaluación de gestión	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DIGEPRES	

*Se ha priorizado las Regiones que implementarán Telesalud por año, ver cuadro





**REGIONES PRIORIZADAS POR AÑO PARA LA
IMPLEMENTACION DE TELESALUD**

Nº	DIRESA/GERESA/ Lima Metropolitana	2017	2018	2019
1	LIMA METROPOLITANA			X
2	PIURA		X	
3	CAJAMARCA		X	
4	LA LIBERTAD (GERESA)			X
5	PUNO	X		
6	JUNIN		X	
7	LORETO	X		
8	LAMBAYEQUE (GERESA)		X	
9	CUSCO	X		
10	UCAYALI		X	
11	HUANUCO			X
12	SAN MARTIN			X
13	AMAZONAS			X
14	ANCASH			
15	AREQUIPA (GERESA)		X	X
16	CALLAO			X
17	AYACUCHO		X	
18	LIMA PROVINCIAS			X
19	HUANCABELICA		X	
20	ICA			X
21	APURIMAC I - ABANCAY	X		X
22	APURIMAC II - ANDAHUAYLAS			
23	MADRE DE DIOS			X
24	PASCO		X	
25	TACNA		X	
26	TUMBES		X	
27	MOQUEGUA			X

Justificación: Para aplicar Telesalud el MINSA realizará las coordinaciones respectivas con el Gobierno Regional según DIRESAS/GERESAS/DISA seleccionadas por año, para ello los EESS priorizados actuarán como **Centro Consultante** y/o **Centro Consultor** y deberán contar con los requisitos mínimos según componentes: **Infraestructura, Talento Humano, Procesos.**

Infraestructura: Conectividad, Plataformas tecnológicas (software y hardware), Energía Eléctrica, Equipamiento Biomédico.

Talento Humano: Suficiencia, Competencia y Gestión del Cambio.

Procesos: Priorización de Puntos de Atención/EESS y Servicios de Salud, Protocolos y Procedimientos, De Atención, De facturación y pago, Sistemas de Información y Registro y Evaluación y Seguimiento.





OBJETIVO ESTRATÉGICO (PEI)	OEI 3: Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud
ACCIÓN ESTRATÉGICA	AE 3.4 Optimización de los procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (HCE)
Denominación del indicador	Porcentaje de Establecimientos que implementan la HCE
Definición	Historia Clínica Electrónica es la Historia clínica cuyo registro unificado y personal, multimedia se encuentra contenido en una base de datos electrónica, registrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante, según lo indicado por la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE. Asimismo, se tiene también que una historia clínica electrónica (EHR) es una recopilación computarizada de los detalles de salud de un paciente. Pero es más que eso, es una nueva manera de almacenar y organizar la información del paciente. Al igual que las fichas de hospital, los archivos de EHR de los pacientes se dividen en secciones donde los profesionales en entran la información para proporcionarle cuidado médico al paciente o realizar tareas administrativas. La información almacenada en un EHR puede incluir los antecedentes médicos de un paciente (entre ellos el estado de las vacunas, resultados de pruebas y registros de crecimiento y desarrollo), información sobre el seguro médico y de facturación y otros datos relacionados con la salud. Como se almacena en formato digital, la información se puede compartir fácilmente entre los distintos proveedores de atención médica dentro de un centro y se puede enviar con rapidez de un centro a otro si un paciente se pasa a otro centro.
Fórmula o Método de cálculo	$HCE = (\text{Número Establecimientos de Salud del MINSA que hayan implementado HCE} / \text{Número Establecimientos de Salud del MINSA}) \times 100$
Tipo del indicador	Indicador de Producto
Nivel de desagregación geográfica	Nacional/Regional
Justificación	La sustitución progresiva de la historia clínica manuscrita por la historia clínica electrónica responde a varias necesidades, entre las cuales destacan las siguientes: - o Dar cumplimiento a las características y objetivos del documento historia clínica en cuanto a los requerimientos del equipo sanitario, manteniendo la confidencialidad. - o Resolver los dos problemas clásicos de los archivos de historias clínicas, el almacenamiento de grandes volúmenes documentales y la seguridad frente a los riesgos de pérdida, deterioro y adulteración a los que podrían estar expuestas. - o Permitir la transferencia rápida de la información sanitaria existente de un usuario a puntos lejanos, garantizando que la información de salud pueda ser consultada simultáneamente en distintos lugares. - o Soportar las decisiones médico-asistenciales, mediante la interacción con bases de datos, que permitan una rápida consulta de las mejores prácticas, los protocolos de manejo y las evidencias reconocidas.





		o Poner a disposición de los educadores, investigadores y de los planificadores sanitarios esta información, con los debidos controles que aseguren la no identificación de los datos de la persona, de forma eficiente.	
		O Cumplir con lo establecido en el marco normativo establecido sobre Historias Clínicas Electrónicas en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE, su modificatoria y su reglamento.	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitado Presupuesto. Limitado Personal asistencial y administrativo para la adopción de nuevas tecnologías de la información y de comunicación. Limitado equipamiento informático.	
Línea de base o valor de base		S/N	AÑO 2016
Valor esperado	2017	5%	
Anualizado	2018	15%	
	2019	30%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		HCE del MINSA	
Fuente de verificación de indicador		Informes del Área Usuaria	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGTI/DIGEPRES	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.	
ACCIÓN ESTRATEGICA		AE 3.5 Implementación de políticas que promueven prácticas y estilos de vida saludables.	
Denominación del indicador		Personas de 15 años y más que consumen porción de fruta y/o verdura (5 veces diaria)	
Definición		Se presenta la distribución porcentual de personas de 15 a mas años de edad que manifiestan la ingesta de cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras diarios (un mínimo de 400 g). Para el logro de este indicador se plantea un conjunto de actividades integradas a un documento elaborado por el Ministerio de Salud, cuya implementación se acuerda en el marco de la gestión territorial con los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales para promover el consumo de frutas y verduras en un tiempo de 10 meses continuos y con cumplimiento del 90% de actividades programadas. El documento acordado con la Dirección/Gerencia Regional de Salud y/o el Gobierno Local se implementará a través de un plan, programa o proyecto aprobado por Resolución u Ordenanza, este documento detalla zonas de intervención, publico objetivo, actividades, indicadores y presupuesto.	
Formula o Método de cálculo		$EVS = \left(\frac{\text{Número de personas de 15 y mas años de edad que consumen al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día}}{\text{Total de personas de 15 y mas años de edad entrevistadas}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional	
Justificación		Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dieta saludable y la actividad física suficiente y regular son los principales factores de promoción y mantenimiento de una buena salud durante toda la vida. Las frutas y las verduras son componentes esenciales de una dieta saludable, y un consumo diario suficiente podría contribuir a la prevención de enfermedades importantes, como las cardiovasculares y algunos cánceres. En general, se calcula que cada año podrían salvarse 1,7 millones de vidas si se aumentara lo suficiente el consumo de frutas y verduras. Un informe de la OMS y la FAO recomienda como objetivo poblacional la ingesta de un mínimo de 400 g diarios de frutas y verduras (excluidas las patatas y otros tubérculos feculentos) para prevenir enfermedades crónicas como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes o la obesidad, así como para prevenir y mitigar varias carencias de micronutrientes, sobre todo en los países menos desarrollados. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2015, muestra que a nivel nacional el 9,3% de personas de 15 y más años de edad consumió al menos cinco porciones de frutas y/o verduras al día un porcentaje muy bajo para el país.	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política/limitado recursos financieros Producción y acceso a frutas y verduras del territorio.	
Línea de base o valor de base		9,3% (2015)	
Valor esperado	2017	10%	
Actualizado	2018	12%	
	2019	15%	





PERU

Ministerio
de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Unidad de Medida	Porcentaje
Periodicidad de las mediciones y reporte	Anual
Fuente de Datos	Encuesta ENDES
Fuente de verificación de indicador	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud
Órgano y Entidad responsable de la medición	DGPGST





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.	
ACCION ESTRATEGICA		AE 3.5 Implementación de políticas que promueven prácticas y estilos de vida saludables.	
Denominación del indicador		Proporción de menores de 06 meses de edad con lactancia materna exclusiva.	
Definición:		Se presenta la distribución porcentual de niñas y niños menores de seis meses de edad que viven con la madre: si están lactando o no; y si están lactando, si lo hacen exclusivamente (solamente leche materna). Para el logro de este indicador se plantea un conjunto de actividades integradas a un documento elaborado por el Ministerio de Salud, cuya implementación se acuerda en el marco de la gestión territorial con los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales para promover la lactancia materna exclusiva, en un tiempo de 10 meses continuos y con cumplimiento del 90% de actividades programadas. El documento acordado con la Dirección/Gerencia Regional de Salud y/o el Gobierno Local se implementará a través de un plan, programa o proyecto aprobado por Resolución u Ordenanza, este documento detalla zonas de intervención, publico objetivo, actividades, indicadores y presupuesto.	
Formula o Método de cálculo:		$EVS = \left(\frac{\text{Número de niños/as menores de seis meses de edad con lactancia materna exclusiva}}{\text{Total de niños/as menores de seis meses de edad de madres entrevistadas}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador:		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica:		Nacional	
Justificación:		La lactancia materna en el marco de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS, es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre. La leche materna es el mejor alimento para el bebé, lo protege de enfermedades infecciosas, asegura su desarrollo y su crecimiento óptimo (principalmente del sistema nervioso y del cerebro) potencia su capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar, asimismo los niños y niñas alimentados con leche materna, tienen menos riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes e hipertensión. Pese a los beneficios de la lactancia materna, los niveles de lactancia materna exclusiva entre el 2013 y 2015 ha ido disminuyendo considerándose como factores el incumplimiento del Reglamento de Alimentación Infantil, la presencia de sucedáneos y publicidad en los servicios de salud destinados a la atención directa de la madre-niño y la escasa vigilancia del cumplimiento de la normatividad relacionada a la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, sumado al nivel educativo de la madre y ámbito de residencia; todos estos factores han contribuido a reducir esta practica básica para la salud de todos los niños/as y potencialmente reduciendo su desarrollo y calidad de vida en su crecimiento.	
Limitaciones y supuestos empleados:		Coyuntura política/limitado recursos financieros	
Línea de base o valor de base:		Lactancia materna exclusiva 69,8% (2015)	
Valor esperado	2017	72%	
Anualizado	2018	76%	
	2019	80%	





PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Unidad de Medida	Porcentaje
Periodicidad de las mediciones y reporte	Anual
Fuente de Datos	Encuesta ENDES
Fuente de verificación de indicador	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud
Órgano y Entidad responsable de la medición	DGPSGT





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	OEI 4- Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud.		
ACCION ESTRATEGICA	AE 4.1 Incremento de la afiliación y portabilidad del aseguramiento en salud de forma efectiva		
Denominación del indicador	Porcentaje de IAFAS evaluadas en las que cumplen con las condiciones para la portabilidad del seguro de salud.		
Definición	Se refiere a la medición de las IAFAS que cumplen los procesos y/o procedimientos para garantizar la portabilidad del seguro de salud, entre el total de IAFAS evaluadas		
Formula o Método de cálculo	= IAFAS que cumplen con la portabilidad del seguro de salud / IAFAS evaluadas en el cumplimiento de la portabilidad del seguro de salud x 100		
Tipo del indicador	Indicador de Producto		
Nivel de desagregación geográfica	Nacional		
Justificación	El Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA señala que una de las características del AUS es la portabilidad, la cual es la condición de un asegurado que, una vez incluido en el sistema, lo acompaña en todo el territorio nacional. La portabilidad del seguro de salud es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier distrito, provincia o departamento a nivel nacional, para todo afiliado a un seguro de salud que emigre del distrito, provincia o departamento de afiliación o de aquél donde habitualmente recibe los servicios de salud. En ese sentido, las IAFAS deben establecer los procesos y/o procedimientos que permitan que los asegurados ejerzan la portabilidad de su seguro de salud en caso que éstos migren temporalmente a otro distrito, provincia o departamento, y por ello sean adscritos a otro establecimiento de salud de la red prestadora de la IAFAS.		
Limitaciones y supuestos empleados	Aprobación del marco normativo de la portabilidad del seguro de salud Supervisión del cumplimiento de la portabilidad del seguro de salud		
Línea de base o valor de base	S/D AÑO 2016		
Valor esperado	2017	0%	
Anualizado	2018	20%	
	2019	50%	
Unidad de Medida	Porcentaje		
Periodicidad de las mediciones y reporte	Anual		
Fuente de Datos	Registros de datos SUSALUD		
Fuente de verificación de indicador	Informe técnico		
Órgano y Entidad responsable de la medición	DGAS - SUSALUD		





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud.	
ACCION ESTRATEGICA		AE 4.2 Seguimiento del cumplimiento oportuno de las garantías explícitas para condiciones de salud priorizadas del PEAS en las IPRESS.	
Denominación del indicador		Porcentaje de IPRESS evaluadas que cumplen con garantías explícitas en salud	
Definición		Se refiere a la medición de las IPRESS que cumplen con las garantías explícitas en salud en la atención de salud de los asegurados, entre el total de IPRESS evaluadas	
Formula o Método de cálculo		= IPRESS que cumplen con las garantías explícitas en salud al menos en el 75% de las condiciones de salud evaluadas / IPRESS evaluadas en el cumplimiento de las garantías explícitas en salud x 100	
Tipo del Indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional	
Justificación		El Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por D.S. 020-2014-SA, establece que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo serán financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios. Asimismo, el reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, señala que las garantías explícitas como instrumento de regulación sanitaria definen el carácter de las condiciones mínimas asegurables otorgadas a toda la población residente en el país, y que son constitutivas de derecho para los asegurados del AUS bajo el plan de beneficios del PEAS. Además, el Decreto Supremo 016-2009-SA, que aprueba el PEAS, señala que la implementación de las garantías explícitas será progresiva y se incrementarán gradualmente por los distintos agentes vinculados al proceso de aseguramiento en salud, hasta cubrir la totalidad del PEAS, empezará con la aplicación a condiciones de población sana, obstétricas y pediátricas. En ese sentido define lo siguiente: • Garantía de Oportunidad: Referida al tiempo máximo para que el usuario reciba las prestaciones del PEAS. • Garantía de Calidad: Referida a la mejor evidencia científica nacional e internacional de manejo en la práctica clínica basada en guías así como a la mejor estructura, procesos y recursos relacionados a la prestación.	
Limitaciones y supuestos empleados		Aprobación de la actualización del PEAS y las garantías explícitas en salud. Supervisión del cumplimiento de las garantías explícitas en salud.	
Línea de base o valor de base		S/D	AÑO 2016
Valor esperado	2017	20%	
	2018	30%	
	2019	50%	
Unidad de Medida		Numero	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Registro de datos de SUSALUD	
Fuente de verificación de indicador		Informe técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGAS - SUSALUD	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	OEI 4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud.		
ACCION ESTRATEGICA	AE 4.3 Conducción e implementación de las políticas para la organización y funcionamiento eficiente de las Redes de Servicios de Salud		
Denominación del indicador	Número de Gobiernos Regionales que implementan los criterios basados en la APS para el funcionamiento de la red de servicios de salud.		
Definición	Se refiere a las regiones que implementan los siguientes criterios: Accesibilidad y primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, para el funcionamiento de la Red de servicios de salud en su ámbito geosociosanitario.		
Formula o Método de cálculo	RISS = Numero de regiones que implementan los criterios basados en APS en sus Redes de Servicios de Salud en funcionamiento.		
Tipo del Indicador	Indicador de Producto		
Nivel de desagregación geográfica	Nacional		
Justificación	La implementación de las redes de servicios de salud es un proceso en construcción y de largo plazo. Por lo tanto, es un reto que debe ser asumido por cada región teniendo en consideración sus propias características sociales, políticas y económicas. Es un proceso que se nutre de la experiencia local y que puede desarrollarse a partir de lo ya avanzado. Para el logro de este indicador se sugiere promover el intercambio de experiencias entre las regiones que han considerado los criterios de APS en la implementación para aprovechar las lecciones aprendidas y hacer sinergias entre todos.		
Limitaciones y supuestos empleados	Coyuntura política y/ desastres naturales		
Línea de base o valor de base	S/D		
Valor esperado	5		
Anualizado	12		
	25		
Unidad de Medida	Un informe		
Periodicidad de las mediciones y reporte	Anual		
Fuente de Datos	Informe de DIRESA/GERESA		
Fuente de verificación de indicador	Informe técnicos		
Órgano y Entidad responsable de la medición	DIGEPRES		





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud	
ACCION ESTRATEGICA		AE 5.1 Formulación e implementación del plan de dotación de recursos humanos en salud acordado con Gobiernos Regionales.	
Denominación del indicador		Número de gobiernos regionales que implementan el Plan de dotación de recursos humanos en salud	
Definición		Conjunto de estrategias de reducción de brechas del personal de la salud en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención.	
Formula o Método de cálculo		$PD = (\text{Número de gobiernos regionales que implementan el Plan de dotación de recursos humanos en salud} / \text{Total de gobiernos regionales}) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		La inadecuada distribución e insuficiente disponibilidad de personal de la salud acorde a necesidades sanitarias del país, ha llevado a los gobiernos regionales a realizar acciones aisladas para atraer y retener al personal de la salud; particularmente médicos especialistas lo cual ha traído en consecuencia competencia entre gobiernos regionales y remuneraciones dispares, problemas en el clima organizacional al interior de establecimientos de salud, entre otros. Es necesario desarrollar estrategias de carácter sectorial en el ámbito nacional, que permitan un ordenamiento del abordaje del déficit del personal de la salud, priorizando las necesidades de la población.	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitación de recursos financieros para la implementación del plan Coyuntura política y/o desastres naturales	
Línea de base o valor de base		S/D	AÑO 2016
Valor esperado	2017		5
	2018		15
Anualizado	2019		25
Unidad de Medida		Número	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Registros de datos	
Fuente de verificación de indicador		Informe técnico	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGGDRH	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud	
ACCION ESTRATEGICA		AE 5.2 Formulación e implementación del plan de Desarrollo de Capacidades (PLANDES) con actores sociales e institucionales acordado con Gobiernos Regionales (CG).	
Denominación del indicador		Número de gobiernos regionales que implementan el PLANDES.	
Definición		Grado de avance en el proceso de implementación del Plan NACIONAL Concertado de Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud, 2017-2021, PLANDES BICENTENARIO a nivel de Lima Metropolitana y los gobiernos regionales.	
Formula o Método de cálculo		Número de gobiernos regionales que han iniciado la implementación de al menos una acción establecida en la PLANDES (lo cual debe incluir al menos la formulación y aprobación oficial del Plan Regional de Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud, 2017-2021 PLANDES-Región; designación del equipo conductor de este plan y la ejecución de actividades contempladas en el Plan) / Número total de Gobiernos X Regionales x 100.	
Tipo del indicador		Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		El campo de los recursos humanos en salud, es un área compleja, donde uno de sus aspectos fundamentales es cubrir las brechas de formación y desarrollo de las capacidades de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, para abordar los problemas sanitarios con calidad, eficiencia, y pertinencia sanitaria. Esta problema se explica por, entre otros factores, la desarticulación entre los objetivos de la oferta formativa o de capacitación y las demandas de los servicios de salud así como las necesidades de salud de la población. Esto explica que pese a la inversión de recursos de los distintos niveles de gobierno y las instituciones involucradas en este proceso, los resultados en el desempeño de dichos Recursos Humanos son deficientes. En ese sentido, amerita el esfuerzo de articular todos los recursos, iniciativas, estrategias, planes, programas y proyectos de formación y desarrollo de los RHUS en función de prioridades previamente establecidas y concordadas con todos los involucrados, promoviendo la mejora sustantiva de la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud en términos de eficiencia, eficacia, calidad y pertinencia social. La herramienta de carácter estratégico que permitirá cumplir con este propósito es el PLANDES-BICENTENARIO, la cual busca la articulación de recursos, iniciativas, estrategias, planes, programas y proyectos de desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud en función de los objetivos estratégicos del sector salud.	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política, desastres naturales, déficit de financiamiento de las acciones derivadas del PLANDES.	
Línea de base o valor de base		S/D	AÑO 2016
Valor esperado	2017	5	
Anualizado	2018	15	
	2019	25	
Unidad de Medida		Número	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Semestral/Anual	
Fuente de Datos		Registros administrativos	
Fuente de verificación de indicador		Informes de las Diresas/GERESAS	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGGDRH	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud	
ACCION ESTRATEGICA		AE 5.3 Espacios de docencia-servicio en salud implementados y articulados a entidades formadoras en salud.	
Denominación del indicador		Porcentaje de Comités de articulación docencia-servicio en salud en funcionamiento.	
Definición		Los Comités de Articulación Docencia Servicio son los encargados de articular, planificar, ejecutar y supervisar las actividades del Pregrado y de los Residentados en Ciencias de la Salud, en el ámbito de las sedes docentes, considerando el marco normativo vigente que regula el desarrollo de los procesos de integración docencia en servicio, en corresponsabilidad entre las instituciones formadores y las prestadoras de servicios de salud.	
Fórmula o Método de cálculo		$CADS = \left(\frac{N^{\circ} \text{ de Comités de articulación docencia-servicio en salud en funcionamiento (lo que debe incluir al menos la conformación oficial del Comité; formulación y aprobación del Plan Anual de Actividades; el desarrollo de actividades de coordinación interinstitucional; incorporación de los datos requeridos en el Registro Nacional de los Procesos de Articulación Docencia-Servicio en Salud-RENADS y la ejecución de actividades docente asistenciales)} }{N^{\circ} \text{ total de Sedes Docentes a nivel nacional}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		Los procesos formativos en ciencias de la salud se desarrollan fundamentalmente en los servicios de salud, denominados "Sedes Docentes"; en dicho espacio se realizan un conjunto de acciones de coordinación entre instituciones formadoras y prestadoras de servicios de salud, así como de planificación, gestión, ejecución, de actividades docente-asistenciales y supervisión de las mismas. Toda esta acción debe estar a cargo de los Comités de Articulación Docencia Servicio para garantizar el adecuado desarrollo de dichas actividades en las sedes docentes citadas. En función de ello, para lograr que este proceso se de articulación se ejecute en condiciones adecuadas, es necesario monitorear el funcionamiento de estos Comités.	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política y/ desastres naturales; limitaciones presupuestales y débil apoyo a la oficinas de docencia o su equivalente en las sedes docentes.	
Línea de base o valor de base		S/D	AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017	30%	
	2018	50%	
	2019	70%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Registros de dato	
Fuente de verificación de indicador		Informes de las Sedes Docentes y reportes del RENADS	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGGDRH	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud	
ACCION ESTRATEGICA		AE 6.1 Desarrollo e implementación del proceso de carrera pública meritocrática y política remunerativa para los trabajadores del sistema público de salud	
Denominación del Indicador		Porcentaje del financiamiento para la implementación de la carrera pública y política remunerativa	
Definición		Se considera personal de servicios públicos de salud de la carrera pública y política remunerativa a todos aquellos de los diferentes regímenes laborales que se incorporan al régimen meritocrático del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales que brindan servicios de salud.	
Formula o Método de cálculo		$CPPR = \left(\frac{N^{\circ} \text{ Personal de Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales en régimen meritocrático}}{\text{Total de personal de Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales}} \right) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		La Carrera Pública y Política remunerativa para el personal de salud del MINSA y los Gobiernos regionales implica: - Una Política de compensaciones vinculada a la carrera sanitaria. - Integración de las diversas bonificaciones e incentivos laborales que conforman las compensaciones. - Incluye todas las etapas de la vida laboral del personal de salud.	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitación de recursos financieros Coyuntura política y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base		S/D	AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017	30%	
	2018	50%	
	2019	70%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Registro de datos	
Fuente de verificación de indicador		Informe de evaluación	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DGGDRH	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	OEI 6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud		
ACCION ESTRATEGICA	AE 6.2 Promoción, fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal institucional		
Denominación del indicador	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo de Personas (PDP)		
Definición	Se refiere al cumplimiento del Plan de Desarrollo de Personas del ministerio de salud para el periodo 2017 al 2019.		
Formula o Método de cálculo	PDP = Nivel de avance del cumplimiento del Plan de Desarrollo de Personas		
Tipo del Indicador	Indicador de Producto		
Nivel de desagregación geográfica	Nacional/Regional		
Justificación	En cumplimiento del Decreto Supremo N° 009-2010- PCM, que aprueba el Reglamento de Decreto Legislativo N° 1025, que estableció normas de capacitación y rendimiento para el sector público, que tiene la finalidad de regular la capacitación y evaluación de las personas al servicio del Estado, correspondiéndole a cada entidad pública elaborar un Plan de Desarrollo de Personas - PDP El MINSA contempla el desarrollo de las personas desde una perspectiva holística para la transformación social sostenible, visualizando el desarrollo como esfuerzo de largo plazo, reconociendo que nuestro personal individual y organizado en equipos, cuenta con capacidades valiosas, sobre la cual se deberá construir cualquier aprendizaje nuevo, para el logro del mejor desempeño laboral basado en nuevas competencias. En ese marco es pertinente el seguimiento de este indicador.		
Limitaciones y supuestos empleados	Limitaciones en recursos financieros Coyuntura política y/ desastres naturales		
Línea de base o valor de base	S/D Año 2016		
Valor esperado	2017	50%	
Anualizado	2018	70%	
	2019	90%	
Unidad de Medida	Plan		
Periodicidad de las mediciones y reportes	Semestral/Anual		
Fuente de Datos	Registro administrativo		
Fuente de verificación de indicador	Informe técnico		
Órgano y Entidad responsable de la medición	OGRH		





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguran los servicios de salud de calidad	
ACCIÓN ESTRATEGICA		AE 7.1 Planificación sectorial orientado a reducir las brechas y desarrollo de la programación multianual de inversiones en coordinación con el nivel sub nacional.	
Denominación del indicador		Número de regiones que implementan programas multianuales de inversión en salud	
Definición		Se refiere al registro de las regiones sobre la implementación de los programas multianuales de inversión en salud	
Formula o Método de cálculo		NP = Número de regiones que implementan programas multianuales de inversión en salud	
Tipo del indicador		Indicador de Producto	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		El programa Multianual de Inversión Pública (PMIP) es un instrumento de gestión que comprende el conjunto de proyectos de inversión pública, cuya ejecución está prevista de acuerdo a las prioridades del sector.	
Limitaciones y supuestos empleados		Coyuntura política y/ desastres naturales	
Línea de base o valor de base		S/D	AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017	3	
	2018	10	
	2019	18	
Unidad de Medida		Número	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Registros de datos	
Fuente de verificación de indicador		Informes técnicos	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGPPM	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad	
ACCIÓN ESTRATEGICA		AE 7.1 Planificación sectorial orientado a reducir las brechas e implementación de la programación multianual de inversiones en coordinación con el nivel sub nacional.	
Denominación del indicador		Porcentaje de proyectos de inversión de primer nivel de complejidad aprobados en el marco de los programas multianuales de inversiones en salud	
Definición		Se refiere al registro de proyectos aprobados para el primer nivel de complejidad, en el marco de los programas multianuales de inversiones en salud a nivel nacional y regional.	
Formula o Método de cálculo		$PIP = (\text{Numero de proyectos del primer nivel aprobados} / \text{Total de proyectos formulados en el marco del PMI}) \times 100$	
Tipo del indicador		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		Este indicador medirá al registro de los proyectos de inversión pública aprobados para su ejecución a nivel nacional y regional, con la finalidad de orientar y ordenar el gasto de inversión en salud y concertar la utilización racional de los recursos de inversión pública.	
Limitaciones y supuestos empleados		Información limitada por falta de registro de información. Escasos recursos financieros Coyuntura política	
Línea de base o valor de base		N/D	AÑO 2016
Valor esperado	2017	15%	
	2018	50%	
	2019	70%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Registro de datos	
Fuente de verificación de indicador		Informe de ablación	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGPPM	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		OEI 7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad	
Denominación del indicador		Porcentaje de establecimientos que cumplen con los programas de mantenimiento preventivo y correctivo.	
Definición		Medirá el proceso de estandarización en el mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en los establecimientos de salud	
Formula o Método de cálculo		Mantenimiento de los establecimientos de salud que cuentan con Programas de Mantenimiento / N° de establecimientos de salud que realizan mantenimiento.	
		Indicador de Resultado	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional / Regional	
Justificación		El presente indicador permite verificar el cumplimiento del mantenimiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud y poder realizar estrategias y gestión, para mejorar la calidad de atención de la población	
Limitaciones y supuestos empleados		- Falta de Pares de la DGIEM, dificulta las tareas de coordinación para la implementación de Programas de mantenimiento. - Inventario (SIGA) deficiente. - Recursos humanos con bajo nivel de capacitación para la evaluación del mantenimiento.	
Línea de base o valor de base		176	Año 2016
Valor esperado	2017	0%	
Anualizado	2018	1%	
	2019	2%	
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Normatividad/ Levantamiento de información en los establecimientos de Salud.	
Fuente de verificación de indicador		Informe de la Regiones/Ejutoras de Lima Metropolitana	
Órgano y Entidad responsable de la medición		DIGIEM	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		DEI 7. Contar con Infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad	
ACION ESTRATEGICA		AE 7.2 Optimización de la gestión de los recursos presupuestales para la implementación de proyectos de inversión priorizados	
Denominación del indicador		Número de Convenios suscritos con Gobiernos Regionales y Locales implementados con seguimiento y evaluación.	
Definición		Se refiere al registro de las regiones que cumplieron con presentar los informes trimestrales y finales.	
Fórmula o Método de cálculo		N° Regiones que cumplieron con presentar Informes Trimestrales e Informes Finales/ Total de Convenios Suscritos	
Tipo del indicador		Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		Este indicador medirá el número de regiones que cumplieron con presentar los Informes trimestrales y finales, donde se evidencian los avances físico y financiero de la ejecución del proyecto.	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitado Presupuesto.	
Línea de base o valor de base		S/N	Año 2016
Valor esperado	2017	80	
Anualizado	2018	65	
	2019	40	
Unidad de Medida		Un informe	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Registros de convenio	
Fuente de verificación de indicador		Informes de evaluación	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGPPM	





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)		DEI 7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad	
ACCION ESTRATEGICA		AE 7.3 Disponer de infraestructura tecnológica para fortalecer los sistemas de información de salud y RENHICE	
Denominación del indicador		Porcentaje de avance del diseño e implementación de la infraestructura tecnológica y RENHICE	
Definición		El funcionamiento del RENHICE se basa en la implementación de una infraestructura tecnológica, la cual se realizará en las siguientes fases: ○ Diseño, planificación ○ Pruebas de concepto, con un piloto del RENHICE ○ Inicio del despliegue con mínimo de 3 Establecimientos de Salud de Lima Metropolitana.	
Formula o Método de cálculo		Se medirá de acuerdo a las fases implementadas, para lo cual se tiene: ○ 5% Diseño, planificación ○ 10% Pruebas de concepto, con un piloto del RENHICE ○ 20% Inicio del despliegue con mínimo de 3 Establecimientos de Salud de Lima Metropolitana	
Tipo del indicador		Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica		Nacional/Regional	
Justificación		En la actualidad, cada vez que un paciente acude a un establecimiento de salud, público, privado o mixto para ser atendido por una dolencia o someterse a exámenes o procedimientos, se requiere, como condición previa, ubicar su historia clínica (contenida en papel); caso contrario se procede a abrir una nueva, lo cual obliga a llenar formularios donde se registran antecedentes familiares de salud, enfermedades padecidas, intervenciones quirúrgicas realizadas, medicamentos consumidos, reacciones alérgicas, entre otros datos, lo cual genera un tiempo de espera del paciente adicional para su atención. No olvidemos que este ciclo se repite con los pacientes nuevos. La implementación de la plataforma del RENHICE permitirá cumplir con lo establecido en el marco normativo establecido sobre Historias Clínicas Electrónicas en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE, su modificatoria y su reglamento, y que este sea sostenible en el tiempo.	
Limitaciones y supuestos empleados		Limitado Presupuesto. Limitado Personal asistencial y administrativo para la adopción de nuevas tecnologías de la información y de comunicación. Limitado equipamiento informático.	
Línea de base o valor de base		S/N	Año 2016
Valor esperado anualizado	2017	5%	
	2018	10%	
	2019	20%	
Unidad de Medida		Un informe	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Informes de implementación	
Fuente de verificación de indicador		Informes de evaluación	
Órgano y Entidad responsable de la medición		OGTI	





OBJETIVO ESTRATÉGICO (PEI)		OEI 8. Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud
ACCIÓN ESTRATÉGICA		AE 8.1 Mejoramiento y fortalecimiento de la gestión del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y alerta temprana.
Denominación del indicador	Porcentaje de alertas tempranas a brotes y emergencias sanitarias (PAT) en el nivel nacional.	
Definición	Se denomina "alerta temprana" al reporte del evento adverso que dentro de las 24 de horas de ocurrido es realizado por el personal de la salud, medios de comunicación u otros actores al CDC, utilizando diversos medios como Vigilancia de Rumores (VR), Sistema Integrado Epidemiológico de Notificación de Brote, Emergencias y Desastres (SI-Epi Brotes), Vigilancia Sindrómica Centinela en Hospitales (VS). SI-Epi Brotes = Mide la relación entre el número de alertas tempranas y el total de alertas recibidas. VR = Mide la relación entre el número de rumores verificados y el total de rumores identificados. VS = Mide la relación entre el número de hospitales centinela con notificación diaria y el total de hospitales centinela.	
Fórmula o Método de cálculo	SI-Epi Brotes = $\frac{\text{Número de alertas tempranas}}{\text{Número total de alertas recibidas}} \times 100$ VR = $\frac{\text{Número de rumores verificados}}{\text{Número de rumores identificados}} \times 100$ VS = $\frac{\text{Número de Hospitales Centinelas que notifican diariamente}}{\text{Número de hospitales centinelas}} \times 100$	
Tipo del indicador	Indicador de Proceso	
Nivel de desagregación geográfica	Nacional / regional	
Justificación	Las alertas tempranas de brotes, emergencias u otros Eventos de Importancia en Salud Pública (EVISAP), contribuyen a brindar una respuesta inmediata a fin de disminuir la propagación de los daños a la salud, permiten controlarla y dar una respuesta de Salud Pública proporcionada y restringida a los riesgos para la Salud Pública, evitando las interferencias innecesarias para el tráfico y el comercio en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005).	
Limitaciones y supuestos empleados	Escasa disponibilidad de acceso a Internet, medios de comunicación. Escaso compromiso del personal de la salud. Alta rotación de personal capacitado.	
Línea de base o valor de base	SI-Epi Brotes 2016 = 9,4% VR 2016 = 41,2 VS 2016 = 80%	
Valor esperado Anualizado	2017	SI-Epi Brotes = 20% VR = 55% VS = 85%
	2018	SI-Epi Brotes = 30 % VR = 65% VS = 90%
	2019	SI-Epi Brotes = 40 % VR = 70% VS = 90%
Unidad de Medida		Porcentaje
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual





PERU

Ministerio
de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Fuente de Datos

Vigilancia de Rumores, Vigilancia Sindrómica centinela en hospitales, SI Epi Brotes.

Fuente de verificación de
Indicador

Reportes de Vigilancia de Rumores, Vigilancia Sindrómica centinela en hospitales,
SI Epi Brotes.

Órgano y Entidad
responsable de la
medición

CDC





OBJETIVO ESTRATEGICO (PEI)	8. Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud
ACION ESTRATEGICA	8.2 Conducir el planeamiento y el seguimiento para la atención integral de emergencias, desastres y amenazas a la salud pública en el Sector Salud.
Denominación del indicador	Numero de regiones que cuentan con Planes específicos de los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación en Salud, frente a emergencias y desastres, Financiados
Definición	Se refiere al porcentaje de regiones que cuentan con planes específicos de los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación en Salud, frente a emergencias y desastres, aprobados y financiados con Resolución Directoral o Gerencial en articulación con sus Planes Operativos.
Formula o Método de cálculo	$\frac{\text{Número de regiones que cuentan con Planes específicos de los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación en Salud, frente a emergencias y desastres, Financiados} \times 100}{\text{Número total de regiones.}}$
Tipo del indicador	Indicador de Proceso
Nivel de desagregación geográfica	Nacional/Regional
Justificación	1. La Ley N° 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD), indica en el Inciso a, numeral 5.3, Artículo 6°: La gestión del Riesgo de Desastres debe ser parte intrínseca de los procesos de planeamiento de todas las entidades públicas en todos los niveles de gobierno. En el Inciso b, numeral 5.3, Artículo 6° indica que: Las entidades públicas deben priorizar la programación de recursos para la intervención en materia de Gestión del Riesgo de Desastres siguiendo el principio de gradualidad. En el Numeral 16.5, Artículo 16° establece que: Las entidades públicas generan normas, los instrumentos y los mecanismos específicos necesarios para apoyar la incorporación de la GRD en los procesos institucionales de los gobiernos regionales y gobiernos locales. 2. Decreto Supremo N° 048-2011-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del SINAGERD, establece que: en el Numeral 39.1, Artículo 39°: "...Las entidades públicas en todos los niveles de gobierno formulan, aprueban y ejecutan, entre otros, los siguientes planes: Planes de Operaciones de emergencias, Planes de Contingencia..." 3. Decreto Supremo N° 034-2014-PCM, "Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres": - Objetivo Estratégico: Evitar y reducir las condiciones de riesgo de los medios de vida de la población con un enfoque territorial. - Objetivo Específico 2.1: Fortalecer el proceso de planificación del ordenamiento y gestión territorial con enfoque de GRD. 4. Resolución Ministerial N° 046-2013-PCM, Directiva "Lineamientos que definen el Marco de Responsabilidades en Gestión del Riesgo de Desastres, de las entidades del estado en los tres niveles de gobierno" y su anexo. Establece en el Artículo 7, "Anexos": Las entidades públicas generan normas, los instrumentos los mecanismos específicos necesarios para apoyar la incorporación de la GRD en los procesos institucionales de los gobiernos regionales y gobiernos locales.
Limitaciones y supuestos	Coyuntura política y/ desastres naturales





PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Línea de base o valor de base		S/D	AÑO 2016
Valor esperado Anualizado	2017		13
	2018		18
	2019		23
Unidad de Medida		Porcentaje	
Periodicidad de las mediciones y reporte		Anual	
Fuente de Datos		Planes específicos de los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación en Salud, frente a emergencias y desastres aprobados mediante Resoluciones Directorales o Gerenciales.	
Fuente de verificación de indicador		Planes Operativos de las DIRESAs/ GERESAs/ DIRES DIGERD	
Órgano y Entidad responsable de la medición			

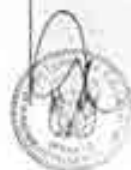


MATRIZ
PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL
DEL MINISTERIO DE SALUD
2017 - 2019



PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (PEI) 2017-2019

PLANES DE POLÍTICAS DE SALUD	OBJETIVO Y ACCIÓN ESTRATÉGICO PEI	INDICADORES DEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final
I. GESTIÓN EFICIENTE DEL SISTEMA DE SALUD	OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública						
		Porcentaje de satisfacción de usuarios de los servicios otorgados por el MINSA.	ND	60%	70%	80%	80%
		Porcentaje de avance en la implementación de la Modernización de la Gestión Pública en Salud.	ND	20%	40%	60%	80%
	Acciones Estratégicas del OEI 1:						
	AE 1.1. Actualización y formulación de documentos normativos del Sector Salud	Porcentaje de normas implementadas con relación al total de normas aprobadas.	ND	30%	50%	70%	70%
	AE 1.2. Optimización de los mecanismos de coordinación intergubernamental e intersectorial para la articulación de las políticas de salud y gestión de contingencias y conflictos.	Porcentaje de instituciones con 60% o más de cumplimiento de los indicadores del convenio de gestión.	27.5%	44%	52%	61%	61%
		Cumplimiento de acuerdos de las mesas de diálogo que son de competencia del MINSA de acuerdo a cronograma.	80%	90%	90%	90%	90%
	AE 1.3. Diseño, desarrollo e implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes y programas del sector salud	Nivel de avances en la implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes, para la toma de decisiones.	ND	60%	90%	100%	100%
	AE1.4. Desarrollo y optimización de la gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional.	Porcentaje de procesos de la entidad optimizados.	ND	25%	75%		100%
		Grado de implementación del sistema de trámite documentario integrado en el Ministerio de Salud y sus Órganos desconcentrados y adscritos.	ND	30%	40%	60%	60%
	AE 1.5. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto y la gestión de los Programas Presupuestales en el sistema de salud.	Porcentaje de la variación de la razón de bienes y servicios entre lo programado y lo ejecutado.	ND	10%	7%	5%	5%
		Porcentaje de programas presupuestales del sector salud que cumplen al 90% de sus metas físicas programadas.	7%	30%	60%	90%	90%
	AE 1.6. Desarrollo e implementación del Gobierno Electrónico en Salud	Porcentaje de sistemas interoperables.	ND	10%	30%	50%	60%
		Porcentaje de avance de implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.	ND	40%	60%	80%	80%
	AE 1.7. Optimizar la implementación del Gobierno Abierto en Salud que facilite el acceso a la información pública y transparencia de la gestión.	Porcentaje de atención de solicitudes de acceso a la información pública atendidas dentro del plazo legal.	ND	85%	90%	95%	95%
		Porcentaje de avance en la implementación del Plan de Gobierno Abierto del MINSA.	ND	20%	75%	100%	100%
	AE 1.8. Fortalecimiento de la participación activa del sector salud en los organismos y espacios internacionales.	Porcentaje de convenios/actos y/o acuerdos internacionales implementados con seguimiento y evaluación.	ND	40%	60%	80%	80%
	AE1.9. Desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA.	Porcentaje de avance de la implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA.	20%	40%	60%	80%	80%
	OEI 2. Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud.						



PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (PEI) 2017-2019

PLAZAS DE POLÍTICAS DE SALUD	OBJETIVO Y ACCIÓN ESTRATÉGICA PEI	INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final
		Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos (PMOI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y REDES con una disponibilidad mayor igual a 2 meses.	65%	65%	70%	75%	75%
		Acciones Estratégicas del OEI 2:					
	AE 2.1. Optimización de los procesos vinculados a la cadena de abastecimiento de suministro centralizado.	Porcentaje de procesos declarados desieros respecto a los procesos convocados	17%	17%	15%	10%	10%
		Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de suministro centralizado distribuidos (PD) por trimestre de forma oportuna según requerimientos confirmado de las DISA/DIRESA/GERESA.	75%	80%	85%	90%	90%
	AE 2.2. Fiscalización de la cadena logística para el suministro de medicamentos.	Porcentaje de EESS que cumplen buenas prácticas de almacenamiento de suministros médicos en las fiscalizaciones	ND	20%	30%	40%	40%
		OEI 3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.					
		Porcentaje de satisfacción de usuarios por establecimiento de salud	40.0%	45%	55%	65%	65%
		Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa (días)	ND	18	17	15	15
		Porcentaje de niños menores de tres años de edad que viven con la madre y que recibieron alimentos ricos en hierro (carne, aves, pescado o huevo)	57.1	72%	75%	80%	80%
		Porcentaje de niñas de quinto grado de primaria con vacunas completas VPH (2 dosis)	36%	90%	90%	90%	90%
		% de mujeres con diagnóstico de cáncer cervical mediante autotoma que reciben tratamiento					
		% de reducción de casos de malaria (vivax y falciparum), respecto al basal	56,500	25%	25%	25%	75%
		Acciones Estratégicas del OEI 3:					
	AE 3.1. Desarrollo e implementación del sistema de acreditación de los servicios en las redes de salud.	Número de IPRESS que cumplen con los estándares de acreditación	ND	0	8	15	15
	AE 3.2. Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en Lima Metropolitana.	Densidad de incidencia/incidencia acumulada de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en establecimientos de salud	18.0% 18.0% 18.0%	18.0% 18.0% 18.0%	18.0% 18.0% 18.0%	18.0% 18.0% 18.0%	18.0% 18.0% 18.0%
		Niños (as) menores de un año con vacunas completas	63.50%	95%	95%	95%	95%
	AE 3.3. Implementación de los procesos vinculados a Telesalud	Número de Gobiernos Regionales que implementan la Red Nacional de Telesalud	ND	4	10	20	20
	AE 3.4. Implementación de los procesos vinculados al Registro de Historias Clínicas Electrónicas (HCE)	Porcentaje de Establecimientos que implementan la HCE	ND	5%	15%	30%	30%

VICIOS DE SALUD



PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (PEI) 2017-2019

PLANEOS DE POLÍTICAS DE SALUD	OBJETIVO Y ACCIÓN ESTRATÉGICA DEL PEI	INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final
II. COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS	AE 3.5 Implementación de políticas que promueven prácticas y estilos de vida saludables.	Personas de 15 y más años de edad que consumen al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día	9,3%	10%	12%	15%	15%
		Proporción de menores de seis meses de edad con lactancia exclusiva	69,8	72%	76%	80%	80%
	OEI 4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestación del aseguramiento en salud.						
		Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud	75,6%	78%	84%	90%	90%
	Acciones Estratégicas del OEI 4:						
	AE 4.1 Incremento de la afiliación y portabilidad del aseguramiento en salud de forma efectiva.	Porcentaje de IAFAS evaluadas en las que cumplen con las condiciones para la portabilidad del seguro de salud.	ND	-	20%	50%	50%
	AE 4.2 Seguimiento del cumplimiento oportuno de las garantías explícitas para condiciones de salud priorizadas del PEAS en las IPRESS.	Porcentaje de IPRESS evaluadas que cumplen con garantías explícitas en salud.	ND	20%	30%	60%	60%
	AE 4.3 Conducción e implementación de las políticas para la organización y funcionamiento eficiente de las Redes de Servicios de Salud.	Número de Gobiernos Regionales que implementan los criterios basados en la APS para el funcionamiento de la red de servicios de salud.	ND	5	12	25	25
	OEI 5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud.						
		Densidad de RRHH del sector salud por 10 mil habitantes	29.90	30.7	31.5	32.3	32.3
III. REVALORIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD		Porcentaje de RRHH del MINSA y GOREs que permanece al menos tres años en el primer nivel de atención.	65,6%	71%	76%	81%	81%
	Acciones Estratégicas del OEI 5:						
	AE 5.1 Formulación e implementación del plan de dotación de recursos humanos en salud acordado con Gobiernos Regionales.	Número de gobiernos regionales que implementan el Plan de dotación de recursos humanos en salud.	ND	5	15	25	25
	AE 5.2 Formulación e implementación del plan de Desarrollo de Capacidades (PLANDES) con actores sociales e institucionales acordado con Gobiernos Regionales (GR).	Número de gobiernos regionales que implementan el PLANDES.	ND	5	15	25	25
	AE 5.3 Espacios de docencia-servicio en salud implementados y articulados a entidades formadoras en salud.	Porcentaje de Comités de articulación docencia-servicio en salud en funcionamiento.	ND	30%	50%	70%	70%
	OEI 6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud.						
		Porcentaje de personal de servicios públicos de salud en régimen meritocrático de carrera pública y política de escala salarial.	ND	10%	25%	50%	50%
	Acciones Estratégicas del OEI 6:						
	AE 6.1 Desarrollo e implementación del proceso de carrera pública meritocrática y política de escala salarial para los trabajadores del sistema público de salud.	Porcentaje del financiamiento para la implementación de la carrera pública y política de escala salarial.	ND	30%	50%	70%	70%



PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (PEI) 2017-2019

PIELES DE POLÍTICAS DE SALUD	OBJETIVO Y ACCIÓN ESTRATÉGICO PEI	INDICADORES/OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final
IV. INFRAESTRUCTURA MODERNA E INTERCONECTADA	AE 6.2 Promoción, fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal institucional.	Porcentaje de cumplimiento del Plan de desarrollo de Personas (POP)	ND	50%	70%	90%	90%
	OEI 7: Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad						
		Porcentaje de establecimientos estratégicos que incrementan en al menos 50% su capacidad resolutive	ND	7%	14%	21%	21%
		Número de camas hospitalarias x mil habitantes	1.56	1.6	1.7	1.8	1.8
		Porcentajes de establecimientos de nivel hospitalario que cuentan con equipamiento mínimo según normatividad	ND	10%	20%	20%	50%
	Acciones Estratégicas del OEI 7:						
	AE 7.1 Planificación sectorial orientada a reducir las brechas e implementación de la programación multianual de inversiones en coordinación con el nivel sub nacional.	Número de regiones que implementan programas multianuales de inversión en salud	ND	3	10	18	18
		Porcentaje de proyectos de inversión de primer nivel de atención aprobados en el marco de los programas multianuales de inversiones en salud	ND	15%	50%	70%	70%
		Porcentaje de establecimientos que cumplen con los programas de mantenimiento preventivo y correctivo	176	0%	1%	2%	3%
	AE 7.2 Optimización de la gestión de los recursos presupuestales para la implementación de proyectos de inversión priorizados.	Número de Convenios suscritos con Gobiernos Regionales y Locales implementados con seguimiento y evaluación	ND	80	65	40	185
	AE 7.3 Disponer de infraestructura tecnológica para fortalecer los sistemas de información de salud y RENHICE.	Porcentaje de la implementación de la infraestructura tecnológica y RENHICE	ND	5%	10%	20%	20%
	OEI 8: Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud						
		Porcentaje de personas con daños a la salud por efecto de eventos adversos atendidos en las primeras 48 horas	ND	60%	80%	90%	90%
	Acciones Estratégicas del OEI 8:						
	AE 8.1 Mejoramiento y fortalecimiento de la gestión del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y alerta temprana.	Porcentaje de alertas tempranas a brotes y emergencias sanitarias (PAT) en el nivel nacional.	SEpi brotes = 9.4% VR = 41.2 VS = 80%	SEpi brotes = 20% VR = 50% VS = 85%	SEpi brotes = 30% VR = 60% VS = 90%	SEpi brotes = 40% VR = 70% VS = 90%	SEpi brotes = 40% VR = 70% VS = 90%
	AE 8.2 Conducir el planeamiento y seguimiento para la atención integral de emergencias y desastres	Porcentaje de regiones que cuentan con Planes específicos de los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación en Salud, frente a emergencias y desastres, Financiados	ND	3%	18%	23%	23%

Nota: Los indicadores y metas, ha sido revisados y propuestos por las áreas responsables.



PRESENTACION DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL - PEI

2017 - 2019





PERU

GOBIERNO

Ministerio de
Economía y FinanzasOficina General de
Planeamiento, Presupuesto y
Modernización

Plan Estratégico Institucional 2017-2019

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos

Visión

Sectores líderes que implementan políticas públicas en calidad, competitividad, innovación, sustentabilidad, desarrollo humano y equidad, mejorando la productividad y el bienestar de la sociedad peruana, impulsando la creatividad y el emprendimiento, y mejorando la calidad de vida de los ciudadanos, fortaleciendo la cultura y el deporte.



Misión

El sistema de salud peruano se compromete a garantizar el acceso equitativo a servicios de calidad, fortaleciendo la capacidad de respuesta y mejorando la eficiencia, promoviendo el desarrollo y el bienestar de la población, y mejorando la calidad de la atención.

Pilares de Política de Salud

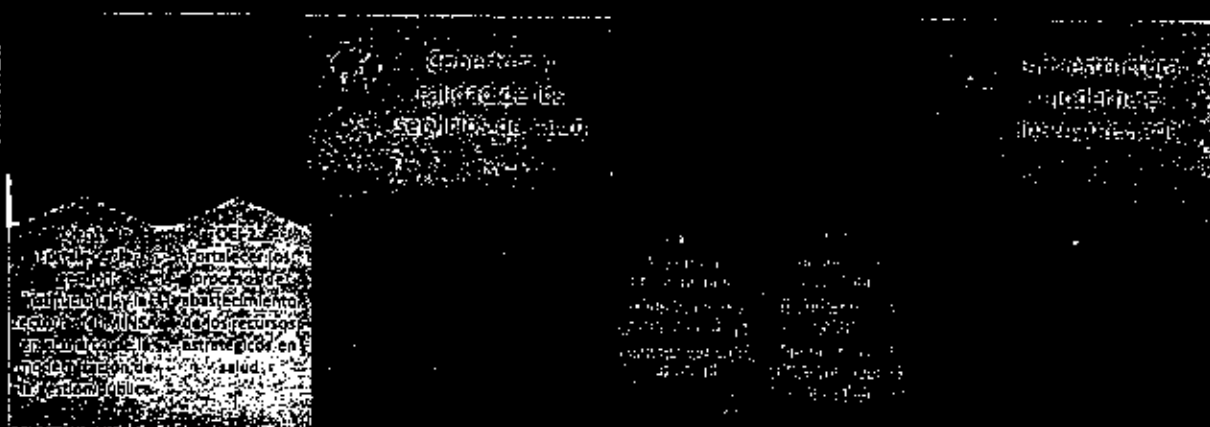


POLITICA NACIONAL

OBJETIVOS SECTORIALES DE SALUD (PESM en proceso de actualización)

PILARES

OBJETIVOS ESTRATEGICOS



Eje Estratégico	Objetivos Estratégicos 2017 (con una o más metas definidas)	Indicadores y Fuente	Principales actividades y otros para cumplimiento
1. Cobertura y calidad de los servicios de salud	1A. Incrementar la cobertura de la vacuna de VPH de 51% a 80% al 2017 (PEI OEI 3)	% niñas de 5to grado de primaria con vacunas completas (Doe Doe) Fuente: MINSA	Gestión de la vacunación en las instituciones educativas Adquisición y entrega de vacunas Sistema de registro de información Monitoreo y seguimiento
	1B. Incrementar la cobertura del tratamiento de cáncer cervical del 26% al 60% al 2017 (PEI OEI 3)	% de mujeres con diagnóstico de cáncer cervical mediante autotoma que reciben tratamiento Fuente: MINSA	Capacitación al personal y promotores de salud en tamizaje Capacitación en EESS para manejo y tratamiento Adquisición y entrega de pruebas rápidas Sistema de registro y monitoreo
	1C. Reducir la cantidad de casos de malaria a nivel nacional de 58,637 a 42,600 al 2017 (Plan Malaria Cero) (PEI OEI 3)	# de casos de malaria (vexax y falciparum) Fuente: MINSA	Adecuación cultural de los servicios para poblaciones indígenas e identificación de líderes e instituciones Adquisición y entrega de medicamentos, insumos, PDR y microscopios Formación de gestores líderes y capacitación del personal de salud Uso de mosquiteros impregnados de insecticida Vigilancia entomológica de los principales vectores Monitoreo de actividades
2. Gestión eficiente del sistema de salud	2. Crear un modelo de red de salud de atención primaria en Lima Metropolitana (Redes de Vanguardia) (PEI AEI 4.3)	Tiempo promedio de espera para consulta ambulatoria de servicios de medicina en establecimiento de salud del primer nivel de atención y hospitales de Redes de Vanguardia Fuente: MINSA	Línea base de tiempos de espera para consulta ambulatoria Capacitación del personal de salud Sistemas de información y monitoreo Control de demanda (Clasificación telefónica / online) Comunicación a usuarios sobre la atención
3. Revalorización del personal de salud	3. Crear una nueva política de escala salarial aprobada al 2017 (PEI AEI 6.1)	Política de escala salarial aprobada Fuente: MINSA	Análisis de escenarios Diseño de remuneraciones e incentivos Validación y aprobación de política Difusión de política
4. Infraestructura moderna e interconectada	4A. Incrementar la cantidad de establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima Metropolitana que cuentan con la Historia Clínica Electrónica Materna de 0% a 100% al 2017 (PEI AEI 3.4)	% de establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima Metropolitana que cuentan con la Historia Clínica Electrónica Materna Fuente: MINSA	Desarrollo del módulo de la HCE Capacitación a los involucrados en el registro de las HCE Equipamiento de los EESS
	4B. Incrementar la cantidad de regiones que implementan la telemedicina de 0 a 4 al 2017 (PEI AEI 3.3)	# de regiones que implementan telemedicina en los establecimientos de salud Fuente: MINSA	Equipamiento de los EESS Conectividad en los EESS Capacitación del personal de salud Organización de atención de telemedicina en hospitales



PEI

PLAN DE INICIATIVA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

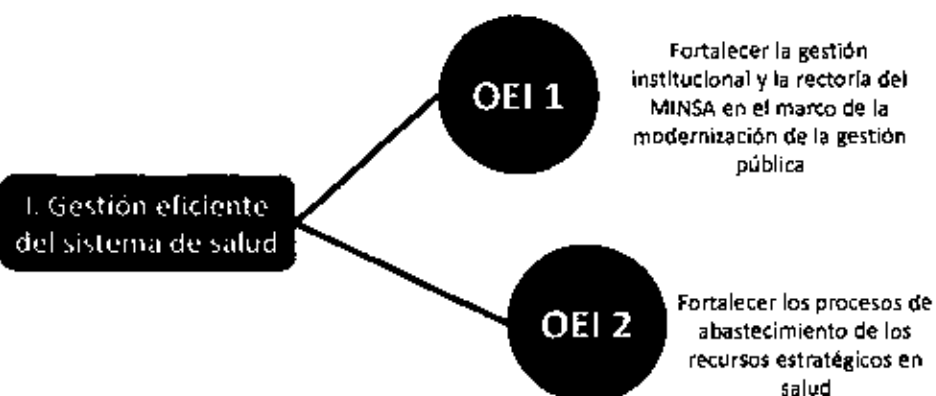
PLAN DE INICIATIVA

PEI: Objetivos Estratégicos Institucionales

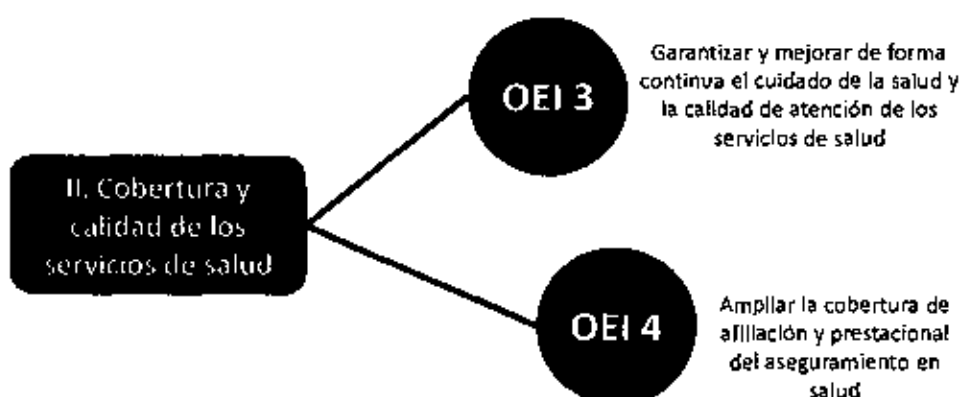
OEI



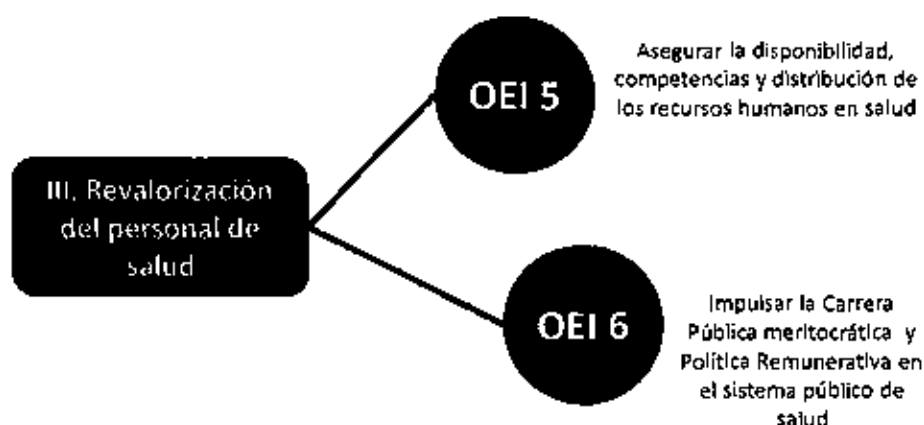
Alineamiento de los Objetivos Estratégicos Institucionales con los Pilares de Política de Salud



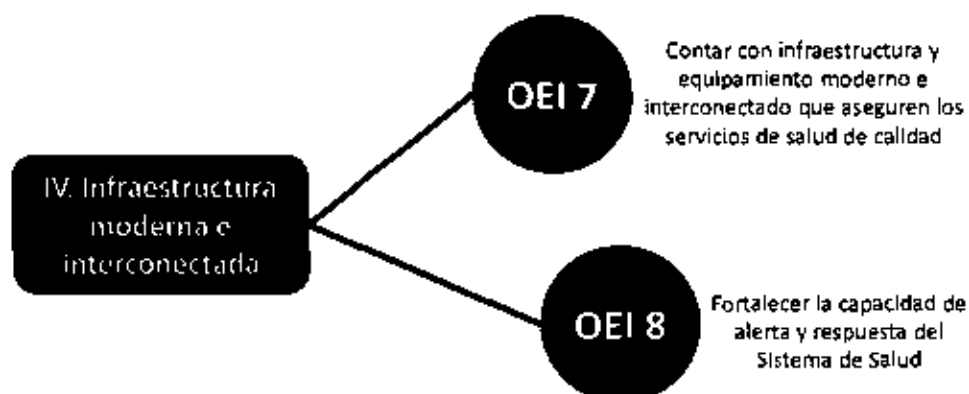
Alineamiento de los Objetivos Estratégicos Institucionales con los Pilares de Política de Salud



Alineamiento de los Objetivos Estratégicos Institucionales con los Pilares de Política de Salud



Alineamiento de los Objetivos Estratégicos Institucionales con los Pilares de Política de Salud





PERU

Ministerio de Salud

D

Dirección General de
Cooperación Técnica

D

Dirección General de
Cooperación Técnica

Acciones Estratégicas Institucionales

AEI

Página 1: Investigación eficiente del sistema institucional

1.1

Actualización y formalización de documentos normativos del Sector Salud

1.2

Optimización de los procesos de coordinación intergubernamental e intersectorial para la articulación de las políticas de salud y gestión de enfermedades y conflictos

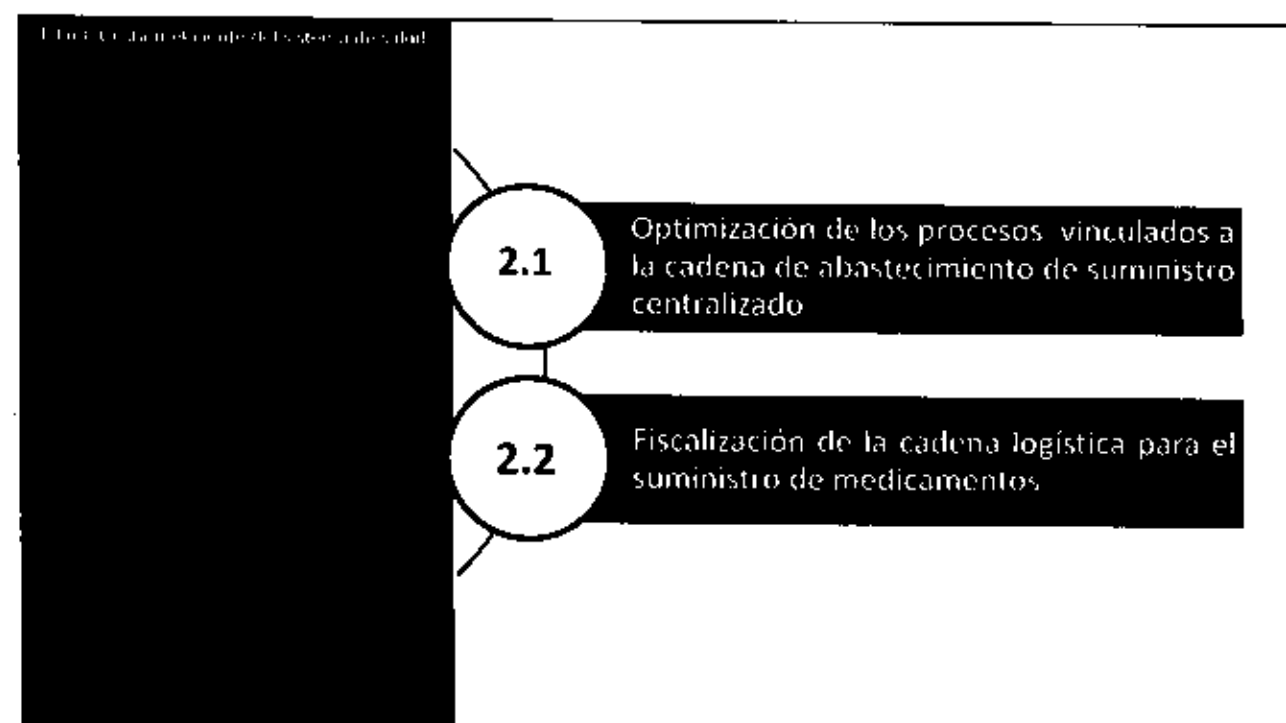
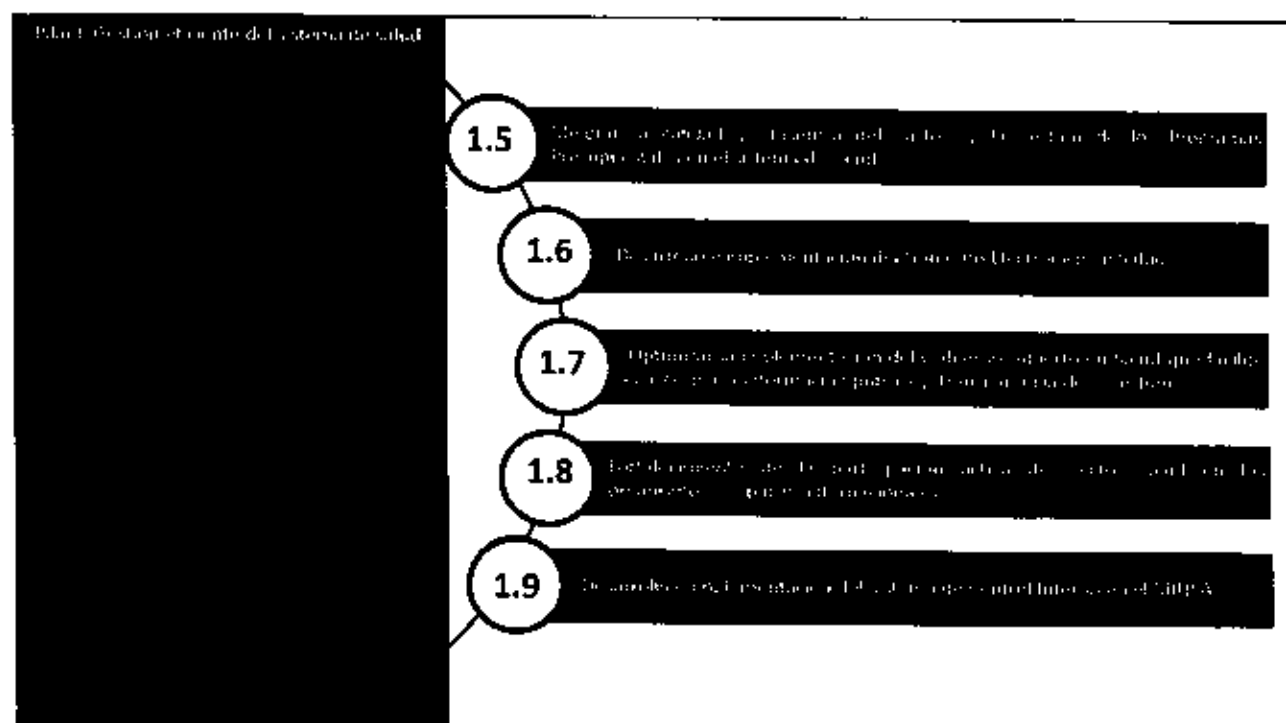
1.3

Diseño, desarrollo e implementación de la forma de seguimiento y evaluación de planes y programas de salud pública

1.4

Desarrollo y fortalecimiento de la gestión pública en salud pública, administración y organización institucional





Objetivo 3: Fortalecimiento de la capacidad de gestión

3.1

Fortalecer la implementación del sistema de acreditación de los servicios en las redes de salud

3.2

Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes de Servicios de Salud (RSS) en forma efectiva

3.3

Implementación de los procesos de calidad en la salud

3.4

Implementación de los planes de control de calidad de la Red de Atención General (RAG) en la IPRE

3.5

Implementación de políticas que permitan el acceso de los afiliados

Objetivo 4: Fortalecimiento de la gestión de calidad

4.1

Incremento de la afiliación y portabilidad del aseguramiento en salud de forma efectiva

4.2

Seguimiento del cumplimiento oportuno de las garantías explícitas para condiciones de salud prioritarias del PEAS en las IPRESS

4.3

Conducción e implementación de las políticas para la organización y funcionamiento eficiente de las Redes de Servicios de Salud



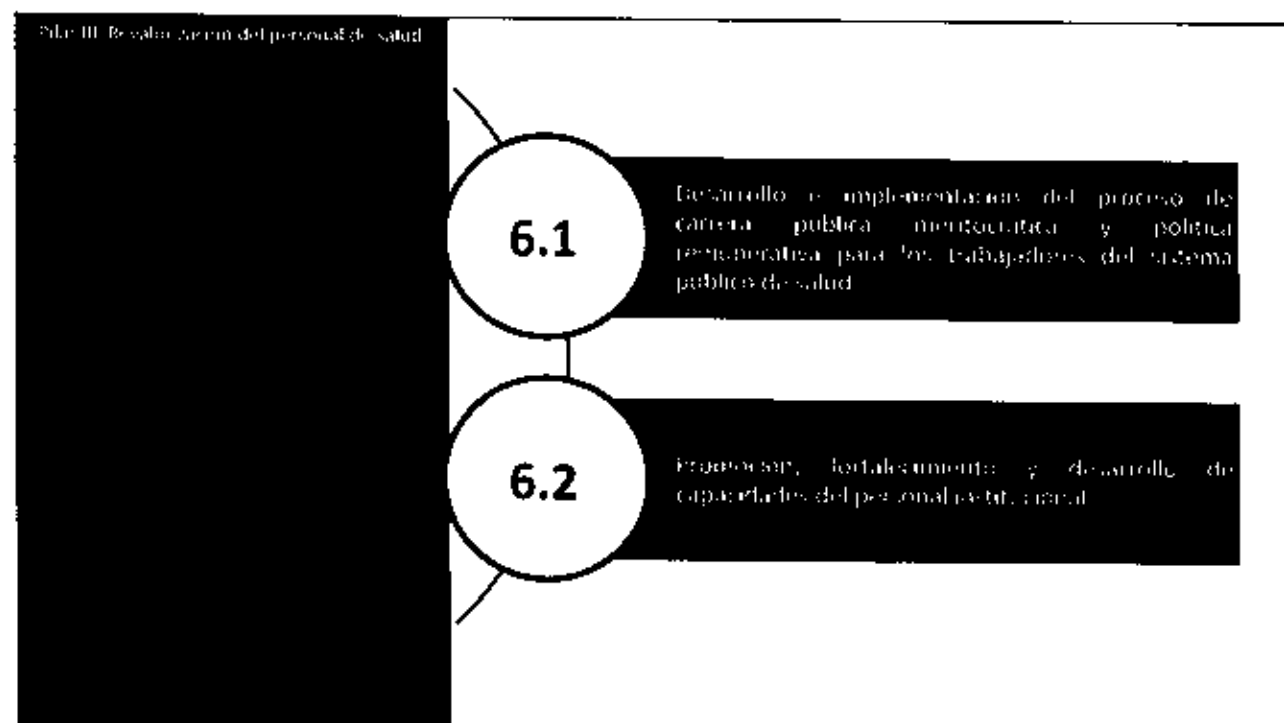
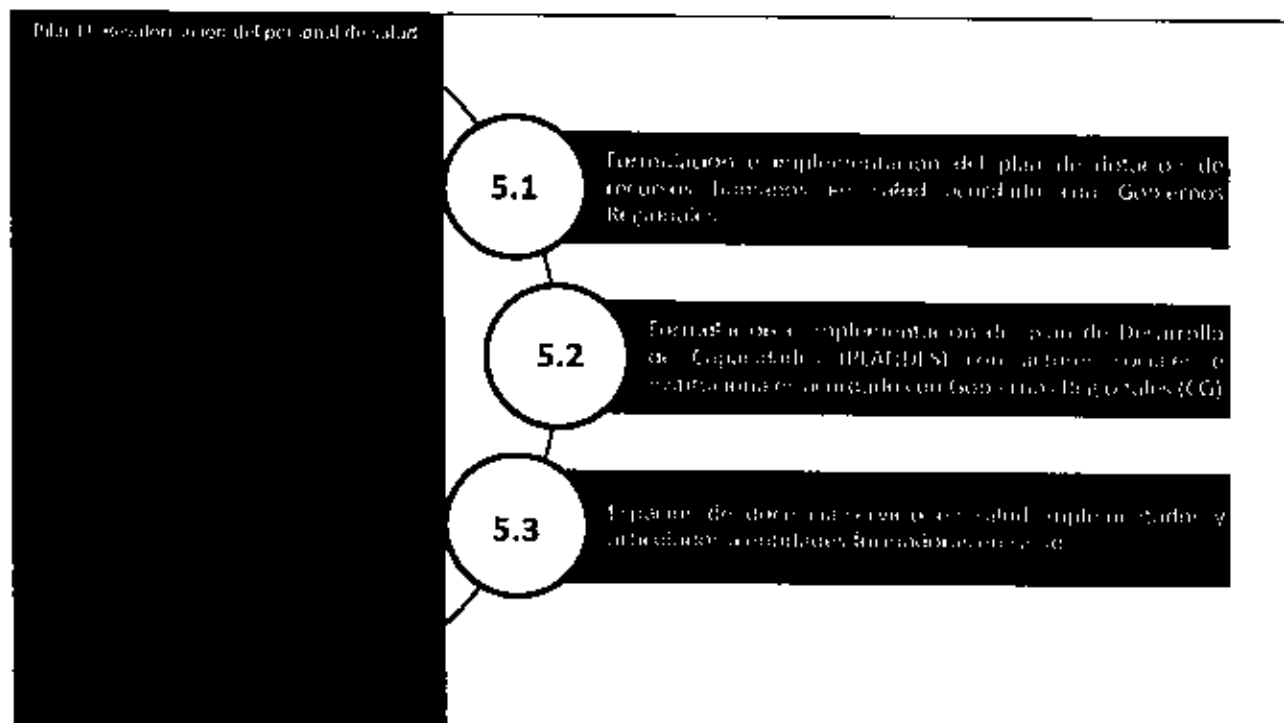


Fig. 12. Estrategia de gestión de la programación sectorial

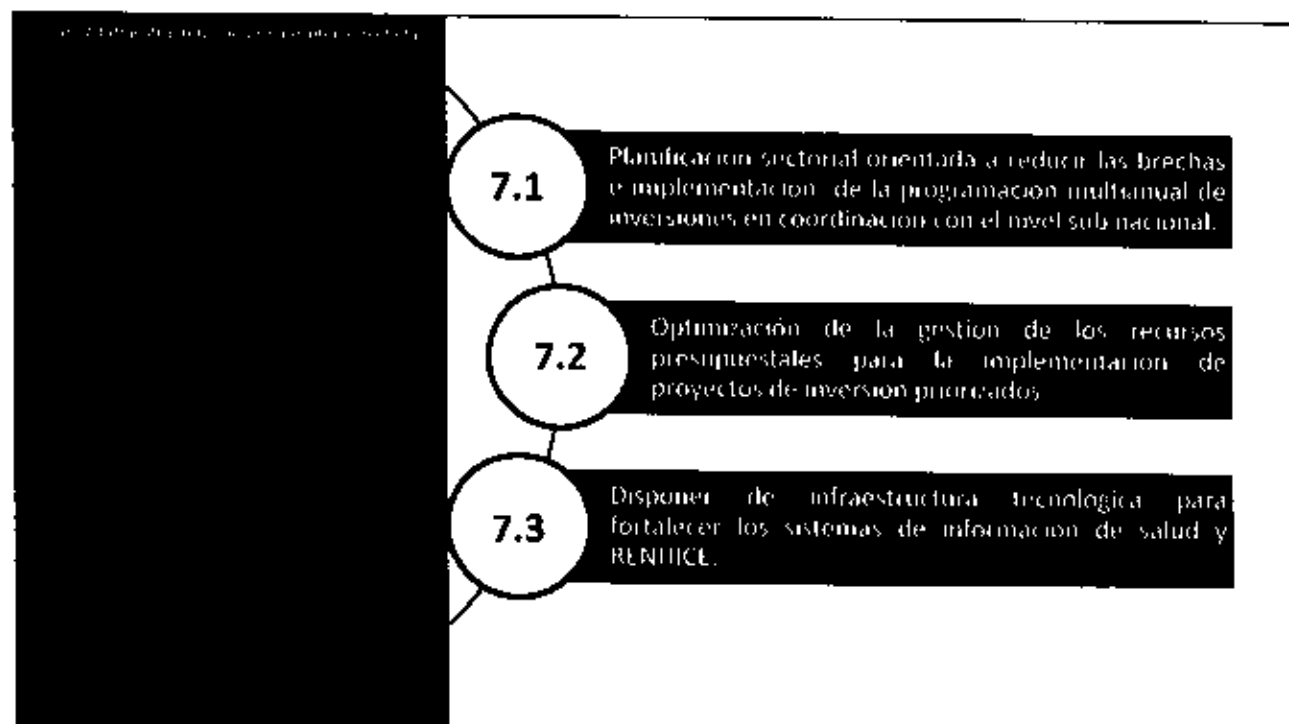
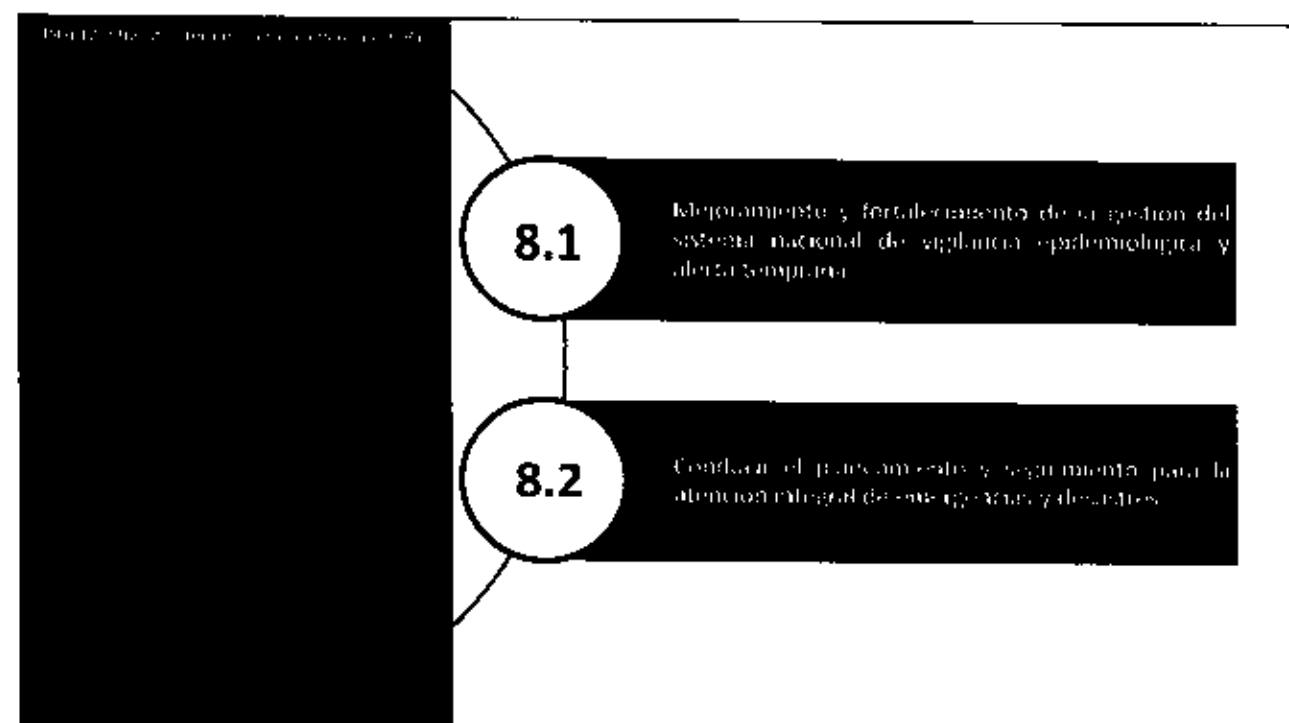


Fig. 13. Estrategia de gestión de la atención integral





MINSA

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Indicadores y Metas

DE OEI

OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública

INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
Porcentaje de satisfacción de usuarios de los servicios otorgados por el MINSA	ND	60%	70%	80%	90%	OGTDC DVMSP/DVM P/SG
Porcentaje de avances en la implementación de la Modernización de la Gestión Pública en Salud	ND	20%	40%	60%	80%	OGPPM DVMSP/DVM P/SG



OEI 2. Fortalecer los procesos de abastecimiento de los recursos estratégicos en salud

INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos (PMOI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y REDES con una disponibilidad mayor igual a 2 meses	65%	65%	70%	75%	75%	CENARES/DVMP



OEI 3. Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud

INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
Porcentaje de satisfacción de usuarios por establecimiento de salud	40%	45%	55%	65%	65%	DIGEPRES/DVMP
Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa (días)	ND	18	17	15	15	DIGEPRES/DVMP
Porcentaje de niños menores de tres años de edad que viven con la madre y que recibieron alimentos ricos en hierro (carnes, aves, pescado o huevo)	67.1%	72%	76%	80%	80%	DGPSGT/DIGIES/DVMS
Porcentaje de niños de quinto grado de primaria con vacunas completas VPII (2 dosis)	36%	90%	90%	90%	90%	DIGIESP
% de mujeres con diagnóstico de cáncer cervical mediante auto toma que reciben tratamiento						DIGIESP
% de reducción de casos de malaria (vivax y falciparum) respecto al basal	56,560	25%	25%	25%	75%	DIGIESP



OEI 4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud

INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Total	Responsable
Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud	75.8%	78%	84%	89%	90%	DGAS/DVMP



OEI 5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud

INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Total	Responsable
Densidad de RRHH del sector salud x 10 mil habitantes	22.9	20.7	31	32.4	32.5	DGGDRH/DVMP/SGR
Porcentaje de RRHH del MINSA y GOREs que permanece al menos tres años en el primer nivel de atención	65.8%	71%	76%	81%	81%	DGGDRH/DVMP/SG



OEI 6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud

INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
Porcentaje de personal de servicios públicos de salud en régimen meritocrático de carrera pública y política de sueldo único	ND	10%	25%	50%	50%	DGGDRH/DV MP



OEI 7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad

INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
Porcentaje de establecimientos estratégicos que incrementen en al menos 50% su capacidad resolutive.	ND	7%	14%	21%	21%	DGPPM/DVM P/SG
Número de camas hospitalarias x mil habitantes	1.56	1.6	1.7	1.8	1.8	DGIEM/DVM P/SG
Porcentajes de establecimientos de nivel hospitalario que cuentan con equipamiento mínimo según normatividad	ND	10%	20%	20%	50%	DGIEM/DVM P/SG



OEI 8. Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud

INDICADORES OEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
Porcentaje de personas con daños a la salud por efecto de eventos adversos atendidos en las primeras 48 horas.	ND	60%	80%	90%	90%	DIGERO/CDC DVMS



PERÚ

Ministerio de Salud

Oficina General de Asesoramiento Presidencial y Ministerial

Unidad de Promoción y Cultura Institucional

Indicadores y Metas

DE AEI



OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADORES AEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta final	Responsable
AE 1.1. Actualización y formulación de documentos normativos del Sector Salud	Porcentaje de normas implementadas con respecto al total de normas aprobadas	N/I	50%	70%	70%	70%	SG/ OGA/ DyMa
AE 1.2. Optimización de los mecanismos de coordinación intergubernamental e intersectorial para la articulación de las políticas de salud y gestión de contingencias y catástrofes	Porcentaje de instituciones con 60% o más de cumplimiento de los indicadores del convenio de gestión	27.3%	44.4%	52%	61%	61%	OGAC/OGTI
	Cumplimiento de acciones de los niveles de diálogo vertical de competencias del MINSA de acuerdo a los programas	80%	90%	90%	90%	90%	OGAC
AE 1.3. Diseño, desarrollo e implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes y programas del sector salud	Nivel de avance en la implementación del sistema de seguimiento y evaluación de planes, para la toma de decisiones	N/I	60%	90%	100%	100%	DIEMSA/OGTI
AE 1.4. Desarrollo y optimización de la gestión por procesos, administración administrativa y organización institucional	Porcentaje de procesos de la entidad optimizados	50	70%	75%		100%	OGPPM
	Grado de implementación del sistema de gestión documental integrado en el Ministerio de Salud y sus Órganos desconcentrados y adscritos	ND	30%	40%	60%	60%	OGTI

Continúa...

VOLVER AL OEI

IR AL SIGUIENTE OEI

OEI 1. Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADORES AEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta final	Responsable
AE 1.5. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto y la gestión de los Programas Presupuestales en el sistema de salud	Porcentaje de programas presupuestales del sector salud que cumplen al 90% de sus metas físicas programadas	7%	30%	60%	90%	90%	DIODEP
	Porcentaje de la variación de la ratio de bienes y servicios entre lo programado y lo ejecutado	ND	10%	7%	5%	5%	OGPPM/DIODEP
AE 1.6. Desarrollo e implementación del Gobierno Electrónico en Salud	Porcentaje de sistemas interoperables	ND	10%	30%	50%	50%	OGTI
	Porcentaje de avance de implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información	ND	40%	60%	80%	80%	OGTI
AE 1.7. Optimizar la implementación del Gobierno Abierto en Salud que facilite el acceso a la información pública y transparencia de la gestión	Porcentaje de atención de solicitudes de acceso a la información pública demandada dentro del plazo legal	ND	85%	90%	95%	95%	OGTI
	Porcentaje de avance en la implementación del Plan de Gobierno Abierto del MINSA	ND	30%	70%	100%	100%	OGTI
AE 1.8. Fortalecimiento de la participación activa del sector salud en los organismos y espacios internacionales	Porcentaje de convenios/acuerdos o acuerdos internacionales implementados con seguimiento y evaluación	ND	40%	60%	80%	80%	OGCAI
AE 1.9. Desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA	Porcentaje de avance de la implementación del Sistema de Control Interno en el MINSA	30%	60%	60%	80%	80%	IG

VOLVER AL OEI

IR AL SIGUIENTE OEI



OEI 4. Ampliar la cobertura de afiliación y prestacional del aseguramiento en salud

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADORES AEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
AE 4.1 Incremento de la afiliación y portabilidad del aseguramiento en salud de forma efectiva	Porcentaje de IAFAS evaluadas en las que cumplen con las condiciones para la portabilidad del seguro de salud	ND		20%	50%	50%	DGAS
AE 4.2 Seguimiento del cumplimiento oportuno de las garantías explícitas para condiciones de salud priorizadas del PEAS en las IPRESS	Porcentaje de IPRESS evaluadas que cumplen con garantías explícitas en salud	ND	20%	30%	60%	60%	DGAS
AE 4.3 Conducción e implementación de las políticas para la organización y funcionamiento eficiente de las Redes de Servicios de Salud	Número de Gobiernos Regionales que implementan la reorganización de las redes de salud y garantizan su operatividad	ND	5	12	25	25	DIGEPRES

VOLVER AL OEI

IR AL SIGUIENTE OEI

OEI 5. Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADORES AEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
AE 5.1 Formulación e implementación del plan de dotación de recursos humanos en salud acordado con Gobiernos Regionales	Número de gobiernos regionales que implementan el Plan de dotación de recursos humanos en salud	ND	5	15	25	25	DGGDRH
AE 5.2 Formulación e implementación del plan de Desarrollo de Capacidades (PLANDES) con actores sociales e institucionales acordado con Gobiernos Regionales (CG)	Número de gobiernos regionales que implementan el PLANDES	ND	5	15	25	25	DGGDRH
AE 5.3 Espacios de docencia-servicio en salud implementados y articulados a entidades formadoras en salud	Porcentaje de Comités de articulación docencia-servicio en salud en funcionamiento	ND	30%	50%	70%	70%	DGGDRH

VOLVER AL OEI

IR AL SIGUIENTE OEI



DEI 6. Impulsar la Carrera Pública meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADORES AEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
AE 6.1 Desarrollo e implementación del proceso de carrera pública meritocrática y política de escala salarial para los trabajadores del sistema público de salud.	Porcentaje del financiamiento para la implementación de la carrera pública y política de escala salarial.	ND	30%	50%	70%	70%	DGGDRH
AE 6.2 Promoción, fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal institucional.	Porcentaje de cumplimiento del Plan de desarrollo de Personas (PDP).	ND	50%	70%	90%	90%	OGRH

[VOLVER AL DEI](#)

[IR AL SIGUIENTE DEI](#)

DEI 7. Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADORES AEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
AE 7.1 Planificación sectorial orientada a reducir las brechas e implementación de la programación multianual de inversiones en coordinación con el nivel sub nacional.	Número de regiones que implementan programas multianuales de inversión en salud.	ND	3	10	18	18	OGPPM
	Porcentaje de proyectos de inversión de primer nivel de atención aprobados en el marco de los programas multianuales de inversiones en salud.	ND	15%	50%	70%	70%	OGPPM
	Porcentaje de establecimientos que cumplen con los programas de mantenimiento preventivo y correctivo.	ND	0%	1%	2%	3%	DIGIEM
AE 7.2 Optimización de la gestión de los recursos presupuestales para la implementación de proyectos de inversión priorizados.	Número de Convenios suscritos con Gobiernos Regionales y Locales implementados con seguimiento y evaluación.	ND	80	65	40	185	OGPPM
AE 7.3 Disponer de infraestructura tecnológica para fortalecer los sistemas de información de salud y RENHICE.	Porcentaje de avance del diseño e implementación de la infraestructura tecnológica y RENHICE.	ND	5%	10%	20%	20%	OGTI

[VOLVER AL DEI](#)

[IR AL SIGUIENTE DEI](#)



OEI 8. Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADORES AEI	Valor actual	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta Final	Responsable
AE 8.1 Mejoramiento y fortalecimiento de la gestión del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y alerta temprana.	Porcentaje de alertas tempranas a brotes y emergencias sanitarias (PAT) en el nivel nacional.	SIEpi brotes = 9,4% VR = 41,2 VS = 80%	SIEpi Brotes = 20% VR = 55% VS = 85%	SIEpi Brotes = 30% VR = 65% VS = 90%	SIEpi Brotes = 40% VR = 70% VS = 90%	SIEpi Brotes = 40% VR = 70% VS = 90%	CDC
AE 8.2 Conducir el planeamiento y seguimiento para la atención integral de emergencias y desastres.	Número de regiones que cuentan con Planes específicos de los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación en Salud, frente a emergencias y desastres, Financiados	ND	3	18	23	23	DIGERD

VOLVER AL OEI



PERÚ

Ministerio de Salud

Vicepresidencia del

Ministerio de Salud

Gracias

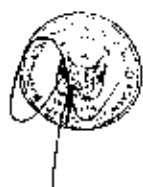
VOLVER AL INICIO

FINALIZAR PRESENTACIÓN



**RESOLUCION DE LA CONFORMACION DEL
COMITÉ Y ACTA FINAL DEL PEI**

2017 - 2019





Resolución Ministerial

Lima, 9 de DICIEMBRE del 2016

Visto; el Expediente N° 16-096986-001 que contiene el Informe N° 158-2016-OGPPM-OPEE/MINSA de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1088, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico se crea el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico - CEPLAN, como el órgano rector y orientador del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros;

Que, la Directiva N° 001-2014-CEPLAN "Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico - Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico", aprobada por Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 26-2014-CEPLAN/PCD, modificada por Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 107-2014-CEPLAN/PCD, establece los principios, normas, procedimientos e instrumentos del Proceso de Planeamiento Estratégico en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico - SINAPLAN;

Que, la Directiva indicada en el considerando precedente, define el planeamiento estratégico como el proceso sistemático construido sobre el análisis continuo de la situación actual y del pensamiento orientado al futuro, el cual genera información para la toma de decisiones con el fin de lograr los objetivos estratégicos establecidos;

Que, mediante Resolución de Presidencia del Consejo Directivo CEPLAN N° 042-2016-CEPLAN/PCD, se modifica y precisa la conformación de la Comisión y Equipo Técnico de Planeamiento Estratégico y la formulación del Plan Estratégico Institucional - PEI y del Plan Operativo Institucional - POI, y sobre el proceso de planeamiento estratégico y gestión;

Que, el 12 de febrero del 2016, fue publicado en el Diario Oficial El Peruano el Decreto Supremo 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Ministerio de Salud;



R. VILLARÁN C.



J. MORALES



W. CUBA



S. PEUSAM



C. RUCAR

Que, a través del documento de visto, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, en el ámbito de su competencia, refiere que debe conformarse una Comisión de Planeamiento Estratégico cuya función específica sea la elaboración de los documentos Plan Estratégico Institucional MINSA 2017 – 2019 y el Plan Operativo Institucional MINSA 2017;

Que, de conformidad con el literal a) del artículo 6 de la "Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico - Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico", corresponde a la máxima autoridad ejecutiva o normativa de cada entidad de la Administración Pública, competente de aprobar los planes estratégicos, designar a la Comisión de Planeamiento Estratégico y comunicarlo al Centro Nacional de Planeamiento Estratégico - CEPLAN;

Que, conforme lo dispone el artículo 8 de la Directiva en mención, la Comisión de Planeamiento Estratégico orienta y valida el proceso de planeamiento estratégico con la asesoría técnica del Órgano de Planeamiento Estratégico y es responsable de presentar el proyecto de plan oportunamente al órgano resolutorio;

Con las visaciones del Director General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Secretario General, de la Viceministra de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

Que, de conformidad con, lo dispuesto en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el Decreto Legislativo N° 1088, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, y el Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- De la conformación de la Comisión de Planeamiento Estratégico Institucional del Ministerio de Salud.

Conformese la Comisión de Planeamiento Estratégico del Ministerio de Salud, Comisión de naturaleza temporal, la cual estará integrada por:

- El (la) representante de la Ministra de Salud, quien lo preside.
- El (la) representante de la Viceministra de Salud Pública.
- El (la) representante del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.
- El (la) Secretario(a) General.
- El (la) Director(a) General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Aseguramiento en Salud.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Prestaciones de Salud.





Resolución Ministerial

Lima, 9 de DICIEMBRE del 2016

- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.
- El (la) Director(a) General de la Dirección General del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- El (la) Director(a) General de la Oficina General de Articulación y Coordinación.
- El (la) Director(a) General de la Oficina General de Tecnologías de la Información.



R. VILLALBA C.



J. MORANTE



W. CUBA



S. PERAZA



C. FOCSE

Cada integrante de la Comisión propondrá un representante que integre el Equipo Técnico de Planeamiento Estratégico.

Artículo 2.- De la Secretaría Técnica

La Secretaría Técnica de la Comisión está a cargo de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, que brindará asistencia técnica y apoyo en los procesos requeridos para la Formulación del Plan Estratégico Institucional – PEI 2017 – 2019 y del Plan Operativo Institucional – POI 2017.

Artículo 3.- De las Funciones de la Comisión

Son funciones de la Comisión:

- Orienta y valida el proceso de planeamiento estratégico con la asesoría técnica de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
- Presenta el proyecto del Plan Estratégico Institucional – PEI 2017 – 2019 y del Plan Operativo Institucional – POI 2017 al órgano resolutorio.
- Otras que le asigne el Titular del Sector.

Artículo 4.- De la instalación

La Comisión se instalará en un plazo máximo de tres (3) días hábiles contados a partir del día siguiente de notificada la presente resolución.

Artículo 5.- Vigencia

La Comisión culminará sus funciones el 30 de diciembre del 2016, debiendo remitir oportunamente al Titular del Sector, el Informe Técnico y el proyecto del Plan Estratégico Institucional – PEI 2017 – 2019 y del Plan Operativo Institucional – POI 2017, para su aprobación mediante Resolución Ministerial.

Artículo 6.- Notificación

Disponer la notificación de la presente Resolución a los miembros de la Comisión encargada de conducir el proceso de elaboración del Plan Estratégico Institucional – PEI 2017 – 2019 y del Plan Operativo Institucional – POI 2017 y al Centro Nacional de Planeamiento Estratégico - CEPLAN.

Artículo 7.- Publicación

Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese y comuníquese.

PATRICIA J. GARCIA FUNEGRA
Ministra de Salud



R. VILARÁN C.



J. MORALES C.



W. CUEVA



S. PESCAN



C. RICHSE



**PERÚ****Ministerio
de Salud**

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

ACTA N° 003-2017-CPEI-MINSA**SESIÓN DE VALIDACIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD**

V. FLORES V.



/



M. TRUJILLO



G. RAMIREZ F.



AGENDA	VALIDACIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL - PEI MINSA 2017 - 2019
Fecha y hora:	Miércoles 8 de febrero del 2017 15:00 hr. – 17:00 hr.
Lugar:	Salón Hipólito Unanue del Ministerio de Salud
MIEMBROS DE LA CPEI – MINSA	DEPENDENCIA
Representante del Despacho Ministerial	Despacho Ministerial
Representante del Despacho Viceministerial de Salud Pública	Despacho Viceministerial de Salud Pública
Representante del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud
Abog. Rodrigo Villarán Contavalli	Secretaría General
Ing. William Jesús Cuba Arana	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
Dr. Alex Tarev Kostadinov	Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública
Dra. María del Carmen Calle Dávila	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
Dra. María Sofía Cuba Fuentes	Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud
Sra. Mirtha Rosario Trujillo Almandoz	Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria
Dr. Juan Carlos Delgado Echevarría	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud
Dr. Carlos Virú Bazán	Dirección General de Prestaciones de Salud
Dr. Carlos Ayestas Portugal	Dirección General de Aseguramiento en Salud
Arq. Juan Manuel Pizarro Garcés	Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento
Dra. Claudia María Teresa Ugarte Taboada	Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
Q. F. Vicky Roxana Flores Valenzuela	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
Lic. José Antonio Gonzales Clemente	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
Dra. Gladys Marina Ramírez Prada	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
Sra. Susana Rocío del Pilar Gordillo Ruiz	Oficina General de Articulación y Coordinación
Dr. José Enrique Pérez Lu	Oficina General de Tecnologías de la Información





PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

DESARROLLO DE LA AGENDA:

1. Siendo las 15:30 hrs. Del día 08 de febrero de 2017, se reunieron en el Salón Hipólito Unanue del Ministerio de Salud, los miembros acreditados de la Comisión de Planeamiento Estratégico Institucional – CPEI, con la finalidad de validar la propuesta del Plan Estratégico Institucional – PEI, elaborada por el Equipo Técnico de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización - OGPPM en su condición de Secretaría Técnica de la Comisión. Acto seguido El Secretario General MINSAL, representante de la Alta Dirección del Ministerio de Salud inicia la sesión, excusándose de seguir participando en la reunión, por tener que atender la visita del Gobernador Regional de Cajamarca, encargando la conducción de la sesión a la Secretaría Técnica de la CPEI, quien a su vez dispone realizar la presentación de la propuesta del PEI MINSAL para el período 2017 – 2019.
2. El Ing. William Cuba Arana, en su condición de Secretario Técnico y encargado de dirigir la sesión, dispuso que la presentación la realice la Sra. Janet Zumaeta, asesora de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, quien realizó la presentación de la matriz PEI MINSAL 2017 – 2019, señalando que la referida matriz de objetivos y acciones estratégicas institucionales, cuentan con los respectivos indicadores y metas, elaborada en un proceso participativo y continuo con cada uno de los órganos del Ministerio de Salud, para lo cual se programaron reuniones de trabajo y se intercambiaba información a través de correos electrónicos. Asimismo, manifiesta que la propuesta de indicadores cuentan con fichas técnicas que describen una serie de aspectos como la forma de cálculo, fuente de la información y la estimación de metas multianual para el período 2017 – 2019, entre otros. Estas fichas han sido coordinadas y puestas en consideración de los órganos correspondientes, información que forma parte de las carpetas distribuidas en la presente sesión a los miembros de la CPEI.
3. Los miembros de la Comisión tomaron conocimiento de la información de la matriz PEI MINSAL 2017-2019 y sus correspondientes fichas técnicas; sobre los cuales se hacen comentarios, consultas, opiniones y sugerencias.
4. La Secretaría Técnica, a través del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos, y especialistas presentes atienden las consultas de los miembros de la CPEI y de los representantes del CEPLAN que actuaron como invitados, quienes manifestaron su conformidad con la propuesta expuesta y explicaron sobre la necesidad de establecer una matriz de consistencia de los objetivos, acciones e indicadores del PEI MINSAL con la Visión - Misión y los Pilares de Políticas en salud de la actual gestión. Se toma nota de las sugerencias, asumiendo el compromiso de incorporar las sugerencias así como realizar algunas precisiones sobre los Indicadores y sus metas que fueron mencionados. Posteriormente, los miembros de la Comisión se comprometen a suscribir el acta de la sesión, dando por validada la propuesta presentada.
5. El Dr. Alex Tarev, Director General de la Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública, propone que dado que la mayoría de indicadores son nuevos, se requiere definir la forma en que se medirán y se organizarán los sistemas para lograr su medición. Propone que el presente año (2017) sirva para desarrollar lo antes mencionado y validar la pertinencia y valores meta de los indicadores.



V. FLORES V.



M. TREVINO



G. RAMÍREZ



C. RAMÍREZ



PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



V. FLORES V.



6. Se hizo la precisión a la CPEI, que de acuerdo a lo establecido en la metodología del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, de manera paralela a la formulación del PEI MINSA 2017 - 2019 expuesto, se ha venido trabajando y coordinando con cada órgano del MINSA la formulación del Plan Operativo Institucional POI - MINSA 2017. Se viene definiendo las actividades que cada una de las dependencias MINSA ejecutará durante el presente año fiscal, así como su vinculación con la acción estratégica correspondiente. Esta información, fue incluida en la carpeta entregada a los miembros de la CPEI en lo que corresponde a la dependencia a su cargo, detallado a nivel de las Direcciones Ejecutivas o área funcional.

ACUERDOS:

Acuerdo 1: Los miembros de la Comisión acuerdan dar conformidad y aprobar el Plan Estratégico Institucional - PEI MINSA para el período 2017 - 2019 a través de la Matriz e Indicadores expuestos, así como sus fichas técnicas, con el compromiso de incluir las sugerencias alcanzadas por los miembros de la CPEI.

Acuerdo 2: La Secretaría Técnica de la Comisión (OGPPM) enviará vía correo electrónico la versión final de la matriz y fichas técnicas del PEI MINSA 2017 - 2019 a todos los miembros de la CPEI, el día jueves 9 de febrero para su conocimiento y fines consiguientes.

Acuerdo 3: La Secretaría Técnica de la CPEI, remitirá vía correo electrónico la versión final del POI MINSA 2017, en lo que corresponde a cada una de las dependencias del MINSA, el día jueves 9 de febrero. Los miembros de la Comisión asumen el compromiso de emitir su conformidad o indicar los ajustes a realizar hasta el lunes 13 de febrero 2017.

No habiendo más comentarios ni observaciones se da por concluida la sesión siendo las 16:45 hrs. del mismo día mes y año, los miembros de la CPEI suscriben la presente acta en señal de conformidad.

FIRMAS



M. T.



G. RAMÍREZ

Despacho Ministerial



J.M. PIZARRO D.



C. VIRÚ

Despacho Viceministerial de
Salud Pública

Página 3 de 3



PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



Despacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento en Salud (<)

WILMO VILLARÁN CONTAVALLI
Secretario General
Ministerio de Salud
Secretaría General

WILLIAM JESUS CUBA ARANA
Director General
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
MINISTERIO DE SALUD

Oficina General de Planeamiento,
Presupuesto y Modernización
OGPPM

MINISTERIO DE SALUD

MC. ALEXANDER KOSTADINOV TAREV
Director General
Oficina General de Políticas y Normatividad en Salud Pública

Dirección General de Políticas y Normatividad
en Salud Pública
DGPNSP

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas
en Salud Pública
DGIESP

Dirección General de Promoción de la Salud
y Gestión Territorial en Salud
DGP5GTS

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria

Mg. MARIA ROSARIO BUSTAMANTE
DIRECTORA GENERAL
DIGESA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE GESTION DEL RIESGO DE
DESASTRES Y DEFENSA NACIONAL EN SALUD

Juan Carlos Delgado Echevarria
Director General
Dirección General de Gestión del Riesgo de
Desastres y Defensa Nacional en Salud
DIGERD

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Prestaciones de Salud

M.C. CARLOS RONALD VIRU BAZAN
Dirección General de Prestaciones de Salud
DGPRES

M.C. CARLOS VIEITAS PORTUGAL
Director General
Dirección General de Aseguramiento en Salud
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Aseguramiento en Salud
DGAS

MINISTERIO DE SALUD
Oficina General de Asesoría Técnica, Equipamiento y Mantenimiento
OGIEM
DR. JUAN JOSÉ PÉREZ GARCÉS
 Dirección General de Asesoría Técnica, Equipamiento y Mantenimiento
 DGIEM

MINISTERIO DE SALUD
Oficina General de Asesoría Técnica, Equipamiento y Mantenimiento
OGIEM
DR. JUAN JOSÉ PÉREZ GARCÉS
 Dirección General de Asesoría Técnica, Equipamiento y Mantenimiento
 DGIEM

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
DIGEMID
Q.F. VICKY ROXANA FLORES VALENZUELA
 Directora General

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
 DIGEMID

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
DIGEMID
Q.F. VICKY ROXANA FLORES VALENZUELA
 Directora General

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
CENEPYCE
GLADYS M. RAMÍREZ PRADA
 Directora General

Dirección General del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC

MINISTERIO DE SALUD
Oficina General de Asesoría Técnica, Equipamiento y Mantenimiento
OGIEM
DR. JUAN JOSÉ PÉREZ GARCÉS
 Dirección General de Asesoría Técnica, Equipamiento y Mantenimiento
 DGIEM

Dr. JOSÉ ENRIQUE PÉREZ LU
 Director General
Oficina General de Asesoría Técnica, Equipamiento y Mantenimiento
OGIEM
DR. JUAN JOSÉ PÉREZ GARCÉS
 Dirección General de Asesoría Técnica, Equipamiento y Mantenimiento
 DGIEM